Ion Mereuță
Nicolae Bucun
Ghenadie Rotaru

Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova



Chişinău, 2010

USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova
Asociația Judecătorilor din Republica Moldova
Asociația „Pentru Demnitate Umană” din Republica Moldova

Ion MEREUȚĂ
Nicolae BUCUN
Ghenadie ROTARU





Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova

Chișinău – 2010

CZU: 614:347.962 (478)
M59

Autori:

Mereuţă Ion, medic şi jurist, d.h.m., profesor universitar, Director al Clinicii Oncologie Generală, Catedra Oncologie a USMF „Nicolae Testemiţanu", IMSP IOM, Director al Departamentului Jurisdicţie Profesională a Ligii Medicilor, Preşedinte al Asociaţiei „Pentru Demnitate Umană" din Republica Moldova, Academician al AN din Rusia şi AŞI România

Bucun Nicolae, d.h.p., profesor universitar, Academician ASPM din Rusia

Rotaru Ghenadie, medic internist, doctorand USMF „N. Testemiţanu"

Recenzenţi:

Grăjdianu Tudor, d.h.m. , profesor universitar, Catedra „Sănătate Publică şi Management", USMF „Nicolae Testemiţanu"

Gînu Domnica, doctor în psihologie, conferenţiar universitar, UPS "I.Creangă"

Puşcaş Victor, judecător, doctor în drept, ex-Preşedinte al Curţii Constituţionale din Republica Moldova

Lucrarea, sub prizma formării şi dezvoltării personalităţii judecătorului, a particularităţilor personale a lui, condiţiilor specifice de muncă, caracterizează starea psiho-fiziologică şi psiho-socială a judecătorilor, evidenţiază, elucidează şi analizează interconexiunea factori de risc – stres ocupaţional şi reflectă aspectele medico-sociale ale sănătăţii medico-sociale ale sănătăţii şi morbidităţii la judecători, adaptării lor şi stresul cronic judecătoresc.

Se propun metode adecvate de combatere a stresului şi mecanisme de coping.

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Mereuţă, Ion

Aspecte medico-sociale a sănătăţii judecătorilor în Republica Moldova / Ion Mereuţă, Nicolae Bucun, Ghenadie Rotaru; USMF "Nicolae Testemiţanu" din Rep. Moldova, Asoc. Judecătorilor din Rep. Moldova, Asoc. "Pentru Demnitate Umană" din Rep. Moldova. – Ch. : "Infohandi" SRL, 2010. – 120p.

Bibliogr.: p- 106. – 50ex.

ISBN 978-9975-9819-7-2.

614:347.962(478)
M 59

CUPRINS

LISTA ABREVIERILOR

AMP – asistenţă medicală primară
AMS – asistenţă medicală specializată
AMT – asociaţie medicală teritorială
BPOC – bronhopneumopatia cronică obstructivă
CA – Curtea de Apel
CI – cardiopatie ischemică
CIM-10 – clasificator internaţional al maladiilor, ediţia a 10-a
CMF – centrul medicilor de familie
CNAM – Compania Naţională de Asigurări în Medicină
CNMS – Centrul Naţional de Management în Sănătate
CSJ – Curtea Supremă de Justiţie
DZ – diabet zaharat
HTA – hipertensiunea arterială
IMSP – instituţie medico-sanitară publică
IT – tehnologii informaţionale
MF – medic de familie
MJ – Ministerul Justiţiei
MS – Ministerul Sănătăţii
OMS – Organizaţia Mondială a Sănătăţii
PA – Personalităţi Accentuate
RM – Republica Moldova
SCV – sistemul cardiovascular
SGA – sindrom general de adaptare
UD – ulcer duodenal

PREFAȚĂ

Raspîndirea patologiilor psihosomatice la contingentul cu suprasolicitare psihoemoțională permanentă este bine cunoscută. Actualitatea acestei probleme se dovedește prin cercetările active în ultimii ani a sănătății unor categorii profesionale legate de stresul permanent. Stresul, în general, și stresul profesional, în particular, au devenit tot mai frecvent obiect de studiu în ultimii 10 ani. Printre cei mai frecvenți factori de risc care afectează sănătatea omului, alături de obezitate, alcoolism, droguri și fumat, se află stresul. Studiile au arătat că stresul prelungit poate fi corelat atît cu debutul, cît și cu întreținerea unor maladii. Există dovezi consistente că stresul poate elimina capacitatea sistemului imun de a lupta cu boala. Astfel, a fost demonstrată legătura între stres și hipertensie arterială, cardiopatie, diabet zaharat, boala ulceroasă, cancer, boli de piele (eczemă, psoriaz), astm bronșic.

Reformarea sistemului judiciar reprezintă un pas necesar pentru consolidarea statului de drept în Republica Moldova, precum și pentru existența unei justiții funcționale și independente, care ar asigura respectarea drepturilor și libertăților omului și în care ar avea încredere deplină societatea. O parte componentă a procesului de reformă este fortificarea capacității sistemului judecătoresc prin optimizarea condițiilor de muncă și minimalizarea influienței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor. Totodată, creșterea calității și eficacității funcționării sistemului judiciar, presupune creșterea cerințelor către judecători

ca putere statală, inclusiv pregătirea profesională şi particularităţile personale a acestora. În procesul de selecţie a candidaţilor la funcţia de judecător este necesar de a trece de la aprecierea personală subiectivă la testarea psihologică profesională bazată pe date ştiinţifice confirmate. Judecătorul este singurul participant al procesului de judecată, care are drept să reprezinte statul, astfel personalitatea lui, precum şi starea psihosomatică au o importanţă extrem de mare. Sănătatea psihosomatică a judecătorilor prezintă o problemă majoră ca rezultat a suprasolicitărilor neuropsihice serioase, ce le revin în timpul exercitării obligaţiunilor profesionale, totodată lipseşte un sistem funcţional de observare şi reabilitare medico-psihologică. Starea sănătăţii judecătorilor are o mare importanţă socială, deoarece din cauza surmenajului şi suprasolicitării psihoemoţionale creşte posibilitatea unei decizii greşite, cu urmări deseori imprevizibile.

În urmă cu ciţiva ani categoriile profesionale considerate prin definiţie stresante erau: piloţii de încercare, controlorii de trafic aerian, cosmonauţii, lucrătorii de la căile ferate şi medicii, mai ales chirurgii; astăzi, lista s-a mărit adăugându-se printre altele şi lucrătorii organelor de drept, fapt confirmat prin activizarea cercetării sănătăţii categoriilor profesionale supuse stresului permanent. Dacă preocupările de medicină ocupaţională au fost iniţial orientate spre industrie, treptat s-a realizat faptul că au fost neglijate sectoare importante ale societăţii, cu prezenţa unor reali factori de risc pentru sănătate. Au fost neglijate mai ales sectoarele cu activităţi preponderent intelectuale, printre care şi sectorul judecătoresc. Activitatea profesională a judecătorilor este legată de cerinţe comportamentale, cognitive şi emoţionale extrem de solicitante, iar stresul profesional este o problemă ce capătă amploare în majoritatea ţărilor. Din această cauză fenomenul nu reprezintă doar o problemă socială, ci şi una ştiinţifică. Studierea influenţei factorilor nocivi ai activităţii profesionale asupra sănătaţii judecătorilor de către cercetătorii autoctoni nu s-a efectuat niciodată.

De fapt astfel de cercetări în literatura internaţională sunt foarte puţine şi nu sunt complexe, conţin doar parţial date despre răspîndirea şi particularităţile etiopatogenetice a dereglărilor somatice şi psihoneurologice la contingentul dat. Primul a abordat această problemă psihologul Isaiah M. Zimmerman, care considera că factorii principali care determină dezvoltarea stresului profesional sunt izolarea socială, volumul mare de lucru, care se află în creştere permanentă, legislaţia în continuă schimbare etc. Este cunoscut faptul că în condiţiile inuficienţei de cadre, permanent creşte numărul dosarelor, care trebuie examinate într-un termen fixat de lege. Astfel judecătorii se află în condiţii de suprasolicitare fizică şi mintală permanentă, se dezvoltă oboseala cronică, apatia, fatigabilitatea, ce are influenţă negativă asupra sănătaţii somatice a judecătorilor.

Monitorizarea morbidităţii reprezintă o parte componentă obligatorie pentru cunoaşterea dinamicii stării de sănătate a diferitelor categorii de populaţie şi are o importanţă mare în activitatea curativ profilactică a instituţiilor medico sanitare. În ultimii ani a crescut de cîteva ori numărul dosarelor examinate în judecătorii, numărul judecătorilor rămânând practic neschimbat. Totodată în ultimul timp s-au înmulţit cazurile de agresiune asupra judecătorilor şi membrelor familiilor, nu putem nega şi presiunea exercitată de către putere şi mass-media. Un astfel de regim de lucru scade eficacitatea forţelor de protecţie, se începe dezadaptarea psihică si fizică, iar conştientizarea acestor dereglări deseori întârzie.

Actualitatea acestui studiu este determinată de:

- cerinţe înalte către starea de sănătate a judecătorilor;
- importanţa socială a acestui contingent, ca putere statală;
- posibilitatea influienţei dereglărilor psihosomatice a judecătorilor asupra calităţii procesului de judecată;
- necesitatea studierii particularităţilor etiopatogenetice a maladiilor somatice şi psihice la acest contingent cu scopul îmbunătăţirii măsurilor de profilaxie şi tratament;

- absenţa unui sistem de profilaxie a maladiilor psihosomatice a judecătorilor, îndreptat spre scăderea morbidităţii şi creşterea eficacităţii procesului de justiţie în general;
- necesitatea elaborării profilului de personalitate a magistraţilor care trebuie să cuprindă toate competenţele necesare satisfacerii cerinţelor de bază ale profesiunii de magistrat, derivate din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM.

Actualitatea elucidării problemei sănătăţii judecatorilor este determinată şi de realităţile Republicii Moldova. Necesitatea cercetării acestor aspecte este confirmată şi de lipsa unui mecanism clar de evidenţă medicală a judecătorilor, care conform legii este realizată după locul de trai. Însă regimul de lucru supraîncărcat şi specificul profesiei fac dificilă adresarea lor la medicul de familie. Sistema actuală de deservire medicală a judecătorilor nu rezolvă în volum deplin problemele legate de asigurarea sănătăţii magistraţilor, deaceea sunt necesare măsuri care vor asigura o abordare complexă a profilaxiei, diagnosticului şi tratamentului maladiilor, ce se dezvoltă la judecători în legătură cu activitatea lor profesională. Este necesar de a elabora bazele legislative pentru organizarea activităţii de dispensarizare anuală a judecătorilor. Din punct de vedere economic tratamentul maladiilor în stadiile precoce necesită cheltuieli mult mai mici decît tratamentul aceloraş maladii în stadiile avansate.

Rolul personalităţii judecătorului în exercitarea actului de justiţie are o importanţă deosebită. Profilul de personalitate a magistratului cuprinde calităţi mentale care permit persoanei să işi dezvolte, conştient şi intenţionat competenţele sale şi include stabiltatea emoţională, gîndirea critică, integritatea cognitiv-morală, conştientizarea socială, capacitatea la o activitate constructivă în condiţii de suprasolicitare psihoemoţională permanentă etc. Judecătorul este împuternicit să aplice legea din numele statului, ceea ce dezvoltă simţul profesional de responsabilitate pentru

urmările acţiunilor sale. Cerinţele de bază ale exercitării profesiunii de magistrat sunt:

- capacitatea de a gîndi independent în chestiuni juridice
- imparţialitatea, indiferent de propriile convingeri
- aprecierea şi aprobarea supremaţiei legii în societate, restabilirea încrederii cetăţenilor în justiţie.

Toate aceste calităţi vorbesc despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă judecătorii. Evaluarea judecătorilor prin raportare la profilul magistratului trebuie percepută ca modalitate prin care sistemul juridic încurajează selecţia, reţinerea şi promovarea persoanelor care, pe fondul unor predispoziţii personale, îşi dezvoltă conştient şi intenţionat competenţele care le permit acţiunea corectă şi imparţială.

Scopul lucrării a fost de a evalua aspectele medico-sociale şi psihologice ale morbidităţii judecătorilor prin elucidarea factorilor activităţii profesionale a judecătorilor ce au influienţă negativă asupra sănătăţii somatice şi psihice, elaborarea unor măsuri şi programe pentru corecţia acestora, diminuarea activitatii lor, cu tendinţa micşorarii morbidităţii la acest contingent; determinarea particularităţilor de personalitate a judecătorilor cu nivel diferit de rezistenţă la stres, elaborarea unui program psihologic de dezvoltare a rezistenţei la stres cu evidenţierea trăsăturilor de personalitate care contribuie la aceasta şi sunt adecvate activităţii în funcţia de magistrat. Pentru realizarea scopului s-au propus următoarele obiective:

- evidenţierea factorilor de risc profesional al judecătorilor;
- studierea morbidităţii generale la judecători (sănătatea psihică şi somatică); studiul comparat cu morbiditatea profesorilor din învăţămîntul liceal;
- studierea tipologiei psihologice a personalităţii judecătorilor;
- evidenţierea particularităţilor de personalitate a judecătorilor cu rezistenţă înaltă şi scăzută la stres
- elaborarea unor recomandări pentru metoda de investigare a personalităţii judecătorilor în scopul constatării capacităţii psihologice necesare pentru exercitarea profesiei;

- elaborarea metodelor, remediilor şi recomandărilor pentru menţinerea, promovarea şi ameliorarea sănătăţii la acest contingent.

Studiul complex a permis de a analiza interconexiunea şi reflectarea aspectelor medico-sociale şi psihologice ale morbidităţii judecătorilor în Republica Moldova. Pentru prima dată în RM a fost studiată morbiditatea generală şi structura ei la judecători. Datele obţinute includ informaţie despre factorii nocivi ai activităţii judecătorilor şi influienţa lor asupra morbidităţii somatice şi psihice la acest contingent. Deasemenea au fost studiate aspectele tipajului psihologic al personalităţii judecătorilor, pedagogilor în RM. Autorii au apreciat şi desăvârşit concepţia „Stresului profesional judecătoresc".

Lucrarea argumentează ştiinţific aspectele medico-sociale ale sănătăţii şi morbidităţii la judecători, propune măsuri de profilaxie a stărilor psihofiziologice specifice şi a maladiilor somatice, adaptării judecătorilor la srtesul permanent. Este semnificativ că autorii încearcă să determine criterii de stare fiziologică şi psiho-socială a judecătorilor, propun recomandări practice de prevenire a factorilor de rsic profesionali şi concepţia deprimării psihice. Datele obţinute pot fi utilizate în cadrul reformei judiciare, pot fi folosite în elaborarea metodologiei de selectare a abiturienţilor, judecătorilor şi în ce priveşte politica asigurărilor sociale şi de pensionare a judecătorilor în Republica Moldova.

Tintiuc Dumitru,
d.h.m., profesor uiniversitar, Şef Catedra „Sănătate Publică şi Management", USMF „Nicolae Testemiţanu"

Visterniceanu Dumitru,
Preşedinte al Consiliului Superior al Magistraturii

Timofte Nicolae,
Preşedinte al Asociaţiei Judecătorilor din Republica Moldova

CAPITOLUL I.
Caracteristica activităţii profesionale a judecătorilor şi influienţa ei asupra morbidităţii somatice şi psihice la acest contingent

1.1. Particularităţile activităţii profesionale a judecătorilor

Activitatea profesionala a judecătorului este strict reglementată de lege. Munca judecătorului se caracterizează printr-o varietate mare a problemelor, programul de rezolvare a cărora este redat doar în linii generale prin norma de drept. Judecătorul este împuternicit să aplice legea din numele statului, ceea ce dezvoltă simţul profesional de responsabilitate pentru urmările acţiunilor sale [28, 31, 40, 47, 65]. Dosarele examinate sunt foarte variate după volum, după caracter (penale, administrative, sociale). În timpul procesului de judecată foarte minuţios este verificată obiectivitatea informaţiei obţinute. Rezultatele activităţii judecătoreşti depind nu numai de eficacitatea muncii tuturor participanţilor la proces, dar şi de calităţile individuale ale judecătorilor. Trebuie de menţionat că legea determină numai obligaţiunile de lucru ale judecătorului, dar există şi anumite obligaţiuni morale, referitor în primul rînd la atitudini corecte faţă de om, faţă de persoană. Judecătorul prin toate actiunile sale, folosind munca sa, cunostinţele sale, puterea pe care o are, trebuie

să tindă şi la executarea legii morale. Anume de judecător depinde exactitatea deciziei ce are un rol hotărîtor pentru persoana învinuită. Greşala judecătorului este înţeleasă ca judecarea unui nevinovat în rezultatul încălcării involuntare a legii. Deaceea nici un judecător indiferent de pregătirea profesională şi experienţa practică nu este asigurat de greşeli. Adevărul absolut este dificil de stabilit în timpul procesului de judecată. Fiecare parte are argumentele sale, astfel încît adevărul este relativ şi parţial [134, 153, 154].

Particularităţile psihologice de bază a activităţii profesionale a judecătorilor sunt:

• Respectarea normelor convenţionale şi de drept – comportamentul judecătorului este strict reglementat şi nerespectarea normelor de drept şi de etică poate influienţa negativ asupra autorităţii sistemului judiciar în general şi aprecierea competenţei profesionale în particular. Acest aspect determină necesitatea de a respecta normele etice şi de drept, ceea ce are influienţă directă asupra comportamentului şi personalităţii judecătorului. Această capacitate integrativă reprezintă unul din factorii principali, care determină reuşita profesională a judecătorilor [65, 80, 85, 163].

• Responsabilitate personală înaltă în actul decizional – legislaţia acordă judecătorilor independenţă şi un caracter obligator, imperios ai activităţii profesionale. Procesul de judecată este caracterizat de un volum mare de informaţie cu caracter foarte variat, insuficienţă de timp pentru sistematizarea şi analiza acestei informaţii. Luarea deciziei în astfel de situaţii impune înzestrarea judecătorilor nu numai cu cunoştinţe profesionale înalte, dar şi aptitudini personale deosebite – capacitate analitică înaltă, principialitate, stabilitate emoţională, toleranţă, autoapreciere critică adecvată [22, 35, 55, 120, 153].

• Caracter variat, nestandard al activităţii – dosarele examinate sunt foarte diferite după conţinut, după volumul şi caracterul informaţiei prezentate. Judecătorii trebuie să prezinte capacităţi

adaptiv-analitice înalte indiferent de caracterul dosarelor examinate, să evidențieze esențialul din marea masă de informație prezentată [47,104].

• Independența procesuală presupune un grad înalt de responsabilitate și necesită adaptare profesională, integrare personală, prezența maturității sociale, stabilității neuro-psihice, autoaprecierii adecvate, motivării profesionale [107, 164].

Aspectele activității profesionale a judecătorilor determină prezența anumitor aptitudini. Procesul de judecată prin toate componentele sale reprezintă o variantă a procesului de cunoaștere, aspectul cognitiv fiind determinat de caracterul retrospectiv și reglementarea strictă, prin lege a procesului de cunoaștere, de variabilitatea informației primite, de caracterul negativ emoțional al faptelor analizate, de presiunea exercitată de societate etc. Comunicabilitatea este un alt aspect de bază al activității magistraților și este determinată de competența comunicativă – capacitatea instalării contactelor interpersonale cu toți participanții comunicării și presupune următoarele caracteristici a personalității: capacitatea de a stabili un contact emoțional cu diverse părți; capacitatea de a înțelege lumea interioară a interlocutorului, caracteristicile sale psihologice; empatie; abilitatea de a coopera, a ajunge la compromisuri și acorduri etc. Aspectele managerial și educațional determină capacitatea judecătorilor de a lucra cu oamenii, fiind necesare inițiativitatea, ingeniozitatea, perseverența, determinarea, independența, simțul responsabilității pentru acțiunile sale, organizare, acuratețe și calmul în lucru, erudiție, să posede metode de comunicare verbală și nonverbala [61, 62, 98].

1.2. Stresul ocupațional și mecanismele de coping

Confruntată frecvent cu situații stresante, ființa umană și-a dezvoltat de-a lungul filogenezei o serie de mecanisme prin care face față stresului. Ele acționează fie preventiv pentru a modifica sau anihila prezumtivele efecte negative ale unei situații viitoare,

fie adaptiv, în sensul reducerii distresului dacă acesta a fost deja indus. Cel care lansează în limbajul medical, încă din 1936, conceptul de stres este fiziologul canadian Hans Selye. El defineşte stresul la început ca fiind o agresiune, apoi ca o reacţie a subiectului la o agresiune, ultima reprezentînd un stresor [10, 39, 91, 102, 114]. H. Selye publică un articol despre tendinţa organismului de a reacţiona stereotip la diferiţi agenţi chimici, fizici şi biologici, descriind această tendinţă sub denumirea de "sindrom general de adaptare" (SGA), ea cuprinzând totalitatea mecanismelor nespecifice (considerate astfel tocmai pentru că ele apar la oricare dintre agenţii declanşanţi menţionaţi), capabile să asigure mobilizarea resurselor adaptative ale organismului în faţa agresiunii care-i ameninţă integritatea morfologică sau a constantelor sale umorale. Geneza conceptului de "sindrom general de adaptare" este legată de observaţia lui Selye că boli complet diferite, dincolo de manifestările specifice, au un corolar de manifestări comune: stare generală alterată, inapetenţă, tulburări digestive, dureri articulare şi musculare, febră etc. H. Selye descrie 3 stadii în dezvoltarea acestui sindrom [100, 102, 116, 142]:

- stadiul reacţiei de alarmă, care cuprinde două faze: de "şoc" şi de "contraşoc";
- stadiul de rezistenţă (de revenire sau de "contraşoc prelungit");
- stadiul de epuizare.

Selye explică caracterul trifazic al SGA prin faptul că "energia de adaptare" a organismului este finită şi epuizabilă. El menţionează o energie de suprafaţă, reversibilă, şi o energie de profunzime, finită. Acest stoc de energie de adaptare nu este măsurabil, dar diferă în limite largi de la individ la individ. Pentru a circumscrie mai exact termenul de stres, Selye realizează o distincţie intre distress şi eustres. Eustresul desemnează nivelul unei stimulări psihoneuroendocrine moderate optime care menţine echilibrul şi tonusul fizic şi psihic al unei persoane, starea de sănătate şi induce o adaptare pozitivă la mediu. Stresul ce depăşeşte o intensitate critică

a unei valori, variază in limite largi de la individ la individ, este desemnat sub numele de distres [9, 42, 71, 72, 158].

Conform concepției lui Selye, tensiunile care produc stresul fac parte din viața cotidiană. Bazându-se pe diverse lucrări, Jonas și Crocq propun următoarea definiție: "Stresul este o reacție fiziologică și psihologică de alarmă, de mobilizare și de apărare a organismului (sau, mai bine, a individului, a persoanei) față de o agresiune, o amenințare sau chiar – s-ar putea spune – față de o situație trăită neobișnuită".

O altă definiție a stresului este cea propusă de Ph.Jeammet și colaboratorii săi: "Noțiunea de stres, în accepția ei cea mai largă, cuprinde orice agresiune asupra organismului, de origine externă sau internă, care întrerupe echilibrul homeostatic. Această acțiune poate fi fizică, sub forma stimulilor nociceptivi (temperatură, zgomot) sau a agenților traumatizanți, infecțioși sau toxici. Ea poate viza nivelurile cele mai înalte ale integrării senzoriale și cognitive, perturbarea atingând în acest caz sistemul de relație al subiectului cu mediul său". Importanța biologică a stresului este determinată de mobilizarea forțelor protectoare a organismului, reprezentînd etapa inițiala a reglării proceselor de adaptare [114, 116, 142].

Stresul caracterizează o reacție psihologică complexă extrem de intensă și relativ durabilă a individului confruntat cu noi și dificile situații existențiale. Majoritatea experților definesc stresul ca fiind răspunsul psihologic și fiziologic la anumiți stimuli percepuți de către individ ca fiind amenințări. O situație poate deveni stresantă în următoarele condiții:

• solicitările sunt atât de numeroase încât împiedică prelucrarea adecvată a informației, supraîncărcarea traducându-se de cele mai multe ori prin degradarea performanțelor;

• situația este percepută ca fiind potențial periculoasă, motiv pentru care subiectul se simte amenințat;

• în cazul în care subiectul este izolat, acesta resimțind restrângerea libertății;

• când subiectul este împiedicat să-şi desfăţoare activitatea şi are sentimentul de frustrare;

• când presiunea grupului se exercită de aşa natură încât trezeşte teama de eşec, de dezaprobare [131, 161, 162].

Analizând condiţiile expuse, se observă foarte clar prezenţa lor într-o măsură sau alta în activitatea profesională a judecătorilor. În ultimii ani a crescut de câteva ori numărul dosarelor examinate în judecătorii, numărul judecătorilor rămânând practic neschimbat; judecătorii permanent se află sub presiune din partea părţilor implicate, mass- mediei etc, deseori fiind ameninţat [137, 138, 164].

Mecanismele de prevenţie şi adaptare la stres sunt cunoscute sub numele de coping. Coping-ul vizează toate modalităţile de gestionare a stresului. Mecanismele de coping pot fi grupate în trei mari categorii: comportamentale, cognitive, biochimice. Finalitatea acestor mecanisme diferite este aceeaşi: reducerea stresului [30, 49, 59, 60, 69, 70].

Copingul comportamental cuprinde toate comportamentele care au funcţia de a preveni sau reduce reacţia de stres. Numărul şi varietatea acestora este extrem de mare. Studiile de laborator au arătat că copingul comportamental reduce stresul doar atunci cînd:

• este urmat de un freed-back asupra eficienţei comportamentale;

• costul realizării lui nu depăşeşte beneficiile;

• reduce ambiguitatea şi/sau incertitudinile legate de situaţia stresantă [67, 68, 87, 145].

Copingul cognitiv cuprinde totalitatea mecanismelor de prelucrare a informaţiei care au funcţia de diminuare a reacţiei de stres. Ele vizează nu stresul ci informaţia despre acesta. Organismul îşi reduce stresul operînd nu asupra situaţiei stresante ci asupra modului cum ea este percepută, prelucrată, stocată în memorie [67, 87, 167].

Reacţia de stres are o evidentă componentă biologică, producînd mutaţii semnificative în special la nivel biochimic. Mijloacele de

optimizare a reacției biochimice la stres sunt extrem de variate. Ele sunt fie generate spontan de organismul uman ca reacție de apărare (ex: secreția masivă de endofine, proliferarea numărului de "celule ucigașe" – "natural killers" – care dezvoltă sistemul imunitar), fie sunt induse deliberat de subiectul insuşi (ex: consumul de medicamente, vitamine, alcool, droguri etc.) [118, 119].

De cele mai multe ori, pentru a-şi reduce distresul, omul recurge simultan la instrumentele sale cognitive, biologice şi comportamentale. Mai mult, utilizarea unui tip de mecanisme antrenează, în mai mică sau mare măsură pe celelalte [68, 69, 145].

Gradul de eficiență a coping-ului depinde de alegerea corectă a strategiilor de coping, care reprezintă de fapt totalitatea mijloacelor care ne ajută să înfruntăm o problemă. R.S.Lazarus şi S.Folkman deosebesc două tipuri de strategii de coping şi anume: strategiile focusate pe problemă (problem-focused) şi cele orientate emoțional (emotional-focused). În primul caz, individul încearcă să găsească soluții pentru a rezolva direct problema, căutînd modalitățile de eliminare rapidă a ei. În cazul strategiilor de tipul doi, este vorba despre acțiuni şi idei care au drept scop diminuarea încărcăturii fizice şi psihice cauzate de stress [67, 70, 87].

Abordarea preventivă în domeniul stresului recurge la trei modalități principale:

o identificarea factorilor stresanți cît şi a indivizilor şi grupelor vulnerabile la stres;

o reducerea vulnerabilității şi mărirea rezistenței organismului (prin alimentație, efort fizic rațional etc.);

o protecția prin evitarea şi eliminarea agenților ambientali fizici sau psihosociali nocivi [158,.145, 167].

În 1996 a fost elaborată "Strategia globală a OMS privind sănătatea ocupațională pentru toți" [51, 53 , 56], cu 10 obiective prioritare care vizează:

- politicile pentru sănătate la locurile de muncă
- realizarea unui mediu de muncă sănătos

- extinderea metodelor de lucru sanogene
- dezvoltarea serviciilor de sănătate ocupaţională
- recunoaşterea serviciilor de tip expert
- extinderea standardelor de sănătate ocupaţională pe baza evaluării ştiinţifice a riscurilor
- dezvoltarea resurselor umane
- stabilirea unor sisteme de date şi a modului de inregistrare a lor
- dezvoltarea sistemelor de informare
- dezvoltarea cercetării, extinderea colaborărilor.

Odată cu sporirea progresului tehnologic, industrial şi informaţional, stresul a luat o amploare considerabilă intensificîndu-se în aşa măsură încît a atras atenţia mai multor structuri naţionale şi internaţionale, inclusiv a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii. S-a constatat că la locul de muncă stresul se manifestă ca rezultat „al unor resurse psihice insuficiente pentru a face faţă solicitărilor şi exigenţelor profesionale". În acest context cercetătorii vorbesc de un tip aparte de stres numit în termeni diferiţi: stres ocupaţional, stres profesional sau stres în activitatea profesională, care acoperă una şi aceeaşi entitate [11, 32, 41].

În majoritatea studiilor şi cercetărilor din psihologia ocupaţională s-a ajuns la concluzia că expunerea îndelungată la evenimente psihosociale disconfortante, legate de serviciu, poate avea consecinţe negative în plan mental, fizic, comportamental şi social. Cauzele stresului la locul de muncă pot fi grupate în trei categorii, de ordin contextual, personal şi legate de rol.

Stresul contextual ţine de cantitatea însărcinările şi caracteristicile structurale ale serviciului. Stresorii personali ţin de manifestarea unor caracteristici personale, cum ar fi controlul, anxietatea, implicarea profesională . Stresul legat de rol este interpretat în literatura de specialitate ca fiind provocat de interacţiunea dintre unele aspecte ale forţelor şi evenimentelor din mediu profesional, percepute ca ameninţătoare pentru aşteptările

individului [42, 56, 132]. Problema stresului la locul de muncă a devenit în consecinţă o problemă care nu este scoasă de ceva timp din ordinea de zi a discuţiilor la forurile mondiale, tot aşa cum angajaţii îşi dau la fel de bine seama care este cauza degradării accentuate a stării lor fizice şi morale.

Programul Internaţional de Studii Sociale (International Social Survey Program), realizat în 15 ţări, a arătat că 80% de angajaţi se simt stresaţi la locul de muncă [53, 72]. Aşadar, se ştie că efectele stresului pot fi împărţite în trei categorii: fiziologice, comportamentale şi psihologice [30, 32, 49]. Stresul profesional poate avea efecte directe asupra sănătăţii angajatului şi efecte indirecte, mediate de un stil de viaţă nesănătos, cum ar fi fumatul şi consumul de alcool. Studiile medicale au demonstrat că stresul este „implicat" în 50%-70% de boli fizice: boli de inimă, boala ulceroasă, herpes şi alte afecţiuni. Stresul profesional cauzează o rată înaltă de absenţe pe motiv de boală de la locul de muncă, circa 60% de absenţe de la locul de muncă sînt cauzate de boli provocate de stres [5, 51, 53]. Totodată trebuie remarcat că starea sănătăţii însăşi poate reprezenta în sine un stresor ce diminuează sau agravează posibilităţile unei persoane de a face faţă stresorilor iniţiali. De obicei, afecţiunile sănătăţii legate de stresul profesional se manifestă prin simptome somatice tipice: migrene, transpiraţie şi ameţeli, care indică probleme cardiovasculare şi respiratorii, slăbirea sistemului imunitar şi dereglări ale sistemului gastro-intestinal [81, 89, 128, 129].

Studiile cu privire la stresul profesional au avut loc în diverse organizaţii: agenţii guvernamentale, departamente de poliţie, sfere militare. Toate însă au subliniat efectul negativ pe care-l poate avea stresul profesional asupra satisfacţiei profesionale. Totodată o serie de alte studii, cele asupra comportamentului organizaţional, susţin ideea că stresul profesional afectează performanţa, angajamentul organizaţional, satisfacţia profesională şi intenţiile de schimbare a serviciului [54, 64].

Efecte comportamentale se pot manifesta prin consumul sporit sau excesiv de alcool şi droguri, incluzînd aici şi fumatul, sau prin descreşterea performanţei profesionale, cauzată de nivelul înalt de absenteism sau frecvenţa sporită a concediilor de boala, de accidentele la locul de muncă etc. În afară de aceasta, consecinţele stresului profesional se pot extinde şi asupra mediului familial, cauzînd probleme conjugale [84, 89, 132].

Efectele negative pe care le are stresul profesional asupra deciziei se manifestă la nivelul etapelor procesului decizional. Acest proces constă din etapa preparator/pregătitoare (colectarea informaţiilor), etapa de prelucrare şi interpretare a acestor informaţii şi etapa decizională. Dacă una din aceste trei etape sau chiar toate trei se desfăşoară în condiţii de stres, este foarte probabil ca individul să ia decizii greşite care ar putea avea consecinţe grave mai apoi. Stresul la locul de munca poate avea repercusiuni şi asupra activităţii de conducere. Ca şi în cazul performanţei, teoriile diferă. Unii cercetători văd stresul ca fiind benefic, perceput ca stimul în activitatea de conducere. În acest sens, există chiar şi un tip de conducere numit „conducere prin criză", care se manifestă prin încercarea de a găsi soluţii în situaţii stresante, în speranţa de a găsi soluţii geniale. Alţi autori însă consideră că stresul profesional nu face decît să adîncească criza. Totodată este influenţat şi stilul de conducere, favorizînd alegerea unui anumit stil de conducere. Unii îl preferă pe cel autoritar, alţii însă, din contra, se arată a fi mult mai receptivi la sugestiile subordonaţilor. O explicaţie ar fi că în momente de stres conducătorii resimt nevoia de idei, informaţii suplimentare relevante. Alţii însă explică adoptarea unui stil de conducere egalitar prin frica de asumare a întregii responsabilităţi [45, 90, 142].

Stresul profesional este o problemă ce capătă amploare în majoritatea ţărilor. Din această cauză fenomenul nu reprezintă doar o problemă socială, ci şi una ştiinţifică. După cum se ştie, pentru a combate o problemă trebuie depistată cauza. Iar în cazul stresului

profesional sursa "relelor" poate fi atît personalitatea individului, cît şi caracteristicile meseriei. Stresul apare cînd cerinţele profesionale sînt fie exagerate, fie minimalizate. Cerinţele profesionale sînt totalitatea sarcinilor ce trebuie executate într-un anumit timp, ele contribuie la apariţia consecinţelor negative atunci cînd ele necesită efort adiţional întru realizarea lor. În general, consecinţele negative se pot prezenta sub formă de depresie sau anxietate. În anumite circumstanţe favorabile, intensificarea cerinţelor profesionale poate fi un lucru bun, avînd consecinţe positive. Este evident că toate profesiile implică o doză de stres. Cu toate acestea există o serie de profesii deosebit de stresante prin faptul că solicita atît o rezistenţă fizică, cît şi psihică. Cele mai dificile profesii din acest punct de vedere implică disimularea emoţiilor şi sentimentelor şi acestea fac parte din sfera medicinii, dreptului, învăţămîntului şi serviciilor sociale. Acesta este topul celor mai stresante meserii din Statele Unite ale Americii, la ora actuală [31, 62, 135]. Studierea stresului profesional presupune cercetarea cauzelor fundamentale de apariţie a lui drept fenomen psihologic:

1. Apariţia cerinţelor ce depaşesc posibilităţile adaptive a persoanei.
2. Stresul apare în cazurile cînd persoana recunoaşte că nu poate adecvat să facă faţă cerinţelor înaintate sau pericolului existent.
3. Stresul apare în urma dezechilibrului între cerinţe şi posibilităţi.
4. Stresul se dezvoltă în situaţii cînd cerinţele interne şi externe depăşesc capacităţile adaptive ale persoanei [9, 39, 116, 158].

Stresul profesional are o mulţime de cauze care contribuie la dezvoltarea sa, cît şi variate manifestări. În prezent se observă tot mai frecvent cazuri de creştere a volumului de lucru, de marire a numărului de ore de lucru petru diferiti angajaţi. Dacă cerinţele depaşesc capacităţile, persoana suferă atît fizic cît şi psihologic [5, 24]. Datele obţinute în rezultatul studierii stresului profesional arată,

că permanent crește intensitatea muncii. Incertitudinea în proproiul viitor este foarte raspîndită printre angajați, fiind cauzată de frica pierderii locului de lucru, de perspectivele carierei personale, de lipsa relațiilor de încredere între angajați. Rezultatul final al stresului profesional reprezintă îmbolnăvirile personalului, care fiind raportate la pierderi economice alcătuiesc în Marea Britanie, de exemplu, 270000 ore de lucru sau 12 miliarde funți [32, 56]. O importantă campanie de combatere a stresului profesional – pe locul doi în ierarhia problemelor de sănătate profesională în țările U.E., după afecțiunile musculo-scheletice – a fost lansată de către Agenția Europeana pentru Securitate și Sănătate în Muncă în anul 2002, în cadrul Parlamentului European de la Strasbourg [41, 46]. Este prima campanie desfășurată în întreaga Europa, în care a fost dezbatută problema stresului profesional, afectînd peste 40 de milioane de salariați din țările U.E. Conform unui mare număr de studii, stresul profesional afectează circa o treime (28%) din salariații celor cincisprezece state membre U.E., femeile sunt afectate mai mult decat bărbații, cauzele comune includ lipsa siguranței locului de muncă, a controlului asupra muncii, și supraîncărcarea activităților. Monotonia muncii, termenele limită foarte strînse (29% din personal afirmă că lucrează în aceste condiții), tratamentul necorespunzător la locul de muncă sunt alți factori care cauzează stresul profesional. Circa 16% din bărbați și 22% din femei cu boli cardiovasculare din țările U.E. au aceste afecțiuni din cauza stresului profesional. Sunt asociate cu stresul profesional și alte afecțiuni, care includ tulburări musculo-scheletice și probleme de sănătate mentală. Între 50% și 60% din absenteismul la locul de muncă este corelat cu stresul profesional. Împreună cu costurile de sănătate, costurile totale anuale datorate stresului profesional sunt estimate la circa 20 de miliarde EURO pentru țările U.E., fără a adăuga pierderile de productivitate. Cît privește stresul profesional judiciar, putem menționa foarte puține studii, dar nici unul din acestea nu conține o analiză detaliată a morbidității psihosomatice a judecătorilor [73, 132, 154].

Judecătorii din centrele raionale, din localităţile rurale sunt cei mai sensibili stresului permanent. Pentru ei este mult mai accentuată senzaţia de izolare, judecătorii trebuie să evite manifestarea elementelor de favoritism faţă de prieteni, cunoscuţi, care pot fi participanţi potenţiali ai procesului de judecată. Judecătorii din oraşe deseori sunt suprasolicitaţi la locul de muncă, avînd de examinat un numar foarte mare de dosare, într-un ritm accelerat, neavînd deseori timp de discuţii cu colegii [47,131, 137]. Judecătorii din Curtea de Apel au sursa proprie de stres, care poate fi lămurit prin concurenţa înaltă. Nivelul profesional şi erudiţia juridică de regulă este foarte înaltă. Intr-un grup de profesionali talentaţi, care lucrează împreună şi se confruntă deseori cu cazuri dificile, dubioase, se dezvoltă relaţii interpersonale conflictuale legate de activitatea profesională [108, 109, 135].

Un grup aparte sunt conducătorii judecătoriilor, care reprezintă ultimul nivel pentru nemulţumirile, plîngerile reprezentanţilor societăţii, pentru presă şi politicieni. Insă posibilitatea de a reacţiona la toate acestea este redusă. Cerinţele către conducătorii judecătoriilor în prezent sunt foarte ridicate, ei trebuie să corespundă reformelor din justiţie, schimbărilor sociale, noilor principii manageriale, modificărilor legislative, etc. Ei participă la organizarea conferinţelor juridice, sunt obligaţi să-şi apere judecătorii şi drepturile lor, să ridice productivitatea muncii şi să întreprindă măsuri pentru scăderea numărului de greşeli judecătoresti [134, 154].

1.3. Factorii de risc profesional în activitatea judecătorilor

Factorii noxogeni psihoemoţionali acţionează prin mecanisme stresante asupra sistemului nervos central. Efectul lor se repercutează asupra axei neuroendocrine, hipotalamul- hipofiză-corticosuprarenală, care prin suprasolicitare în timp se poate deregla, generînd o patologie de epuizare, cuprinsă de unii autori în cadrul noxologic al bolilor psihosomatice [52, 77, 115, 149].

În situaţiile în care oamenilor le vine anevoios să adopte eşafodaje ideatice mai puţin obişnuite, hipotalamusul acestora recurge, în marea majoritate a cazurilor, la o activare a ramurii simpatice a sistemului nervos vegetativ. Scoasă din starea de echilibru, ramura vizată acţionează direct asupra muşchilor netezi şi organelor interne, producând o suită întreagă de modificări corporale – presiune sanguină ridicată, ritm cardiac crescut, pupile dilatate etc. Fiind excitat, sistemul nervos simpatic stimulează, de asemenea, porţiunea medulară a glandelor suprarenale pentru a elibera hormonii epinefrină şi norepinefrină în circuitul sanguin. Epinefrina conduce din nou la creşterea frecvenţei cardiace sau la ridicarea nivelului de presiune arterială, iar norepinefrina, la rîndul său, activează glanda pituitară, influenţînd astfel asupra volumului de zahăr conţinut în ficat [25, 38, 50, 52].

Influenţa nefastă pe care evenimentele neplăcute o exercită asupra stării de sănătate a indivizilor poate lua o multitudine de forme. Astfel, putem vorbi despre diminuarea capacităţii sistemului imunitar de a lupta împotriva bolilor, despre profilarea efectului de hiperactivare cronică şi a principalei lui consecinţe – boala cardiacă sau despre diminuarea comportamentelor de sănătate pozitive şi intensificarea celor negative. Nu sunt rare nici cazurile când situaţiile dezagreabile/supărătoare duc la nervozitate, oboseală, tulburări de somn, deranjamente stomacale [52, 77, 81, 141].

Progresul tehnico-ştiinţific a îndepărtat medicii de viziunea unitaristă, hipocratică, în care omul era privit ca o unitate psihosomatică, unde somaticul şi psihicul se află într-o strînsă interdependenţă. Tot mai des este neglijată personalitatea umană, accentul punîndu-se pe părţi componente – organe, sisteme de organe, nu pe organismul în întregime [58, 128, 156].

În literatura din domeniul medicinii din ce în ce mai frecvent se prezintă faptul, cum suferinţele în plan psihologic generează boli psihice şi somatice, iar bolile somatice provoacă tulburări psihice grave. În present medicina îşi schimbă ideologia mecanicistă

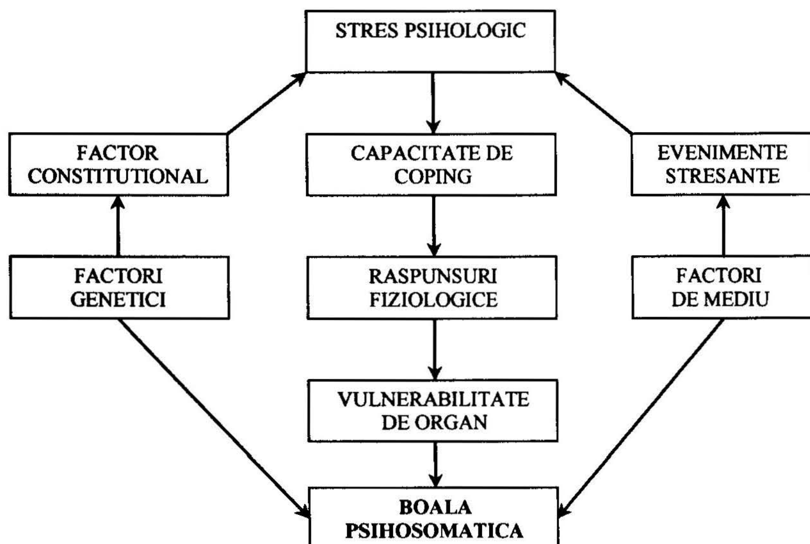


Figura 1.1.Geneza bolii psihosomatice

(materialistă, biologică) cu concepţia psihosomatică (dinamică), care domină astăzi medicina europeană. Concepţia psihosomatică permanent este revizuită, fapt impus de dinamica schimbărilor din societate, astfel lărgindu-şi viziunea în apectele teoretice şi practice. Necesitatea viziunii psihosomatice asupra medicinii nu se mai pune la îndoială, acesta fiind un aspect de bază a medicinii moderne, în care omul este privit ca o unitate psihosomatică [12, 13, 52].

Concepţia psihosomatică formează astăzi coloana vertebrală a medicinii moderne, aducînd în cîmpul cercetării medicale cel puţin următoarele aspecte:

- abordarea bolii din perspectiva unei cauzalităţi multifactoriale şi mai ales prin valorificarea factorului psihic;
- asimilarea tehnicităţii şi specializării în sensul lor pozitiv, fără însă a pierde din vedere aspectul de ansamblu, personalitatea umană;

• lărgirea înţelegerii bolnavului sub aspectul biografiei sale, a inserţiei sale în mediul social, a înţelegerii particularităţilor sale psihologice;

• tendinţa profilactică, în care pe primul plan este combaterea stresului psihic[128, 129, 141].

Reacţii de stres pot apărea şi în rezultatul unor evenimente mai îndelungateî evoluţie, care nu'pun în pericol viaţa. Nivelul de stres este determinat de 4 factori [116, 142]:

o Controlul – cu cît mai puţin persoana controlează situaţia de stres, cu atît este mai mare nevelul stresului

o Prezicerea – persoana nu-şi poate prezice comportamentul sau evaluarea ulterioară a evenimentelor

o Aşteptările – persoana nu simte îmbunătăţirea treptată a situaţiei create sau nu presupune o îmbunătăţire a ei

o Susţinerea – persoana nu simte susţinere din partea familiei, prietenilor, colegilor, etc.

Hardy Sally Carson, Jerome Thomas au evidenţiat drept stresori profesionali:

• activitatea monotonă

• responsabilitatea înaltă

• rapiditatea luării deciziilor

• suprasolicitarea emoţională îndelungată [57, 63]

Toate acestea sunt prezente în anumită măsură şi în activitatea profesională a judecătorilor. Studierea influenţei factorilor nocivi ai activităţii profesionale asupra sănătaţii judecătorilor de către cercetătorii autohtoni nu s-a efectuat niciodată. De fapt, astfel de cercetari în literatura internaţională sunt foarte puţine şi nu sunt complexe, conţin doar parţial date despre răspândirea şi particularităţile etiopatogenetice a dereglărilor somatice şi psihoneurologice la contingentul dat [136, 154]. În acelaş timp aceste cercetări au avut rolul lor în reformarea sistemului judiciar. În SUA din anii 80 în programul de pregătire a judecătorilor este inclus un compartiment dedicat stresului profesional şi stăpânirea

acestuia; în Russia în anul 2004 a fost introdus serviciul psihologic în judecătorii şi organizarea dispanserizării anuale [154, 163]; în Noua Zelandă judecătorii sunt incluşi în categoria profesională cu risc înalt a dezvoltării dependenţei alcoolice [62, 65]. În multe ţări a fost adoptată asigurarea obligatorie de stat a vieţii şi sănătaţii judecătorilor. Pentru judecători factorii stresogeni, care negativ influienţează starea sănătăţii somatice şi psihice sunt volumul de lucru în creştere permanentă, insuficienţa de timp, legislaţia în continuă reformare, ce necesită capacităţi analitice crescânde, caracterul public al activităţii sale, critica din partea presei şi societaţii în orice proces sunt nemultumiţi; in situaţia cînd trebuie să respecţi normele eticii profesionale, să te reţii. Plus la acestea profesia de judecător a devenit periculoasă, şi nu numai pentru judecători, ci şi pentru familie, apropiaţi. În Russia se înregistrează anual 2-4 cazuri de suicid printre judecători [142, 158,]. A crescut frecvenţa cazurilor de infarct miocardic acut şi accident vascular cerebral, ce argumentează un caracter a unei boli profesionale. În structura bolilor somatice la judecători predomină bolile sistemului cardiovascular – 52,4%, fiind urmate de maladiile gastrointestinale – 22,4%, patologiile nefrourinare – 15,6%, afecţiunile bronhopulmonare – 11,6%,diferite manifestări dermatologice – 5,4% [163]. Sunt efectuate cercetări a unor categorii de persoane apropiate sistemului judiciar – studenţii facultăţilor juridice; În SUA a fost analizată sănătatea juraţilor în timpul procesului judecătoresc: 2/3 din aceştea au afirmat că starea de sănătate s-a înrăutaţit, predominând bolile sistemului gastrointestinal (ulcer duodenal, gastrita, sindromul colonului iritabil) – 25%, dereglări vegetovasculare – 12,5%, stări depresive – 10,2%, agravarea bolilor cronice a sistemului cardiovascular etc [134, 135].

La conferinţa Asociaţiei Juridice Internaţionale (Melburn, 1994) a fost numit înca un contingent supus influienţei stresului judiciar. Aceştea sunt membrii familiei şi rudele apropiate judecătorilor, care împreună suportă sentimentele de frică şi singurătate.

Trecerea de la activitatea de jurist la funcţia de judecător este o călătorie în singurătate [65]. Singurătatea în oficiul judecătorului este inevitabilă în anumită măsură, distanţarea de lumea înconjurătoare este un lucru obişnuit în activitatea judecătorului. Mulţi judecători au remarcat, că odata cu numirea în functie a scăzut numărul persoanelor cu care ar putea discuta diferite probleme personale şi de serviciu [31, 44, 47]. Deseori apar senzaţii de nesiguranţă, îndoieli în propriul succes profesional, afectînd astfel echilibrul psihologic. Una din sursele încordarii psihologice este insuficienţa legăturii inverse la acţiunile sale. Judecătorul nu poate aprecia eficacitatea propriei munci din punctul de vedere a altor participanţi la proces, a colegilor. Judecătorii practic niciodata nu-şi critică colegii. Singura modalitate de a-şi aprecia în anumită măsură calitatea propriei activităţi este raportul anual statistic, din care se poate de aflat numărul de dosare examinate timp de un an, numărul de decizii anulate etc. Aceste date statistice nu ne dau informaţii despre personalitatea judecătorului, despre aptitudinile sale profesionale. Insuficienţa legăturii inverse actualizează simţul singurătăţii, caracteristic în primii ani de activitate a judecătorilor [138, 163,] .

Un alt aspect ai activităţii judecătorilor, care negativ influienţează starea de sănătate somatică şi psihică este volumul de lucru în creştere permanentă – un fenomen caracteristic pentru toate ţările în ultimii ani. În Australia numărul dosarelor examinate în judecătorii în 1995 a fost triplu faţă de anul 1966, numărul judecătorilor rămînînd practic acelaş [23, 28, 43]. În Russia în urma reformelor s-a observat acelaş lucru în perioada 1991-2001 [158, 161, 162]. În Republica Moldova conform ultimelor rapoarte statistice sarcina lunară medie pentru un judecător este de 55 dosare, variind în unele cazuri pînă la 90-95 dosare examinate într-o singură lună [101].

Situaţia creată şi imposibilitatea de a schimba ceva crează un discomfort psihologic pentru majoritatea judecătorilor. În trecut judecătorul se simţea mai confortabil, beneficiind de stimă şi respect

din partea societăţii şi mass-mediei. Nu putem afirma acelaş lucru şi în prezent, judecătorii fiind obligaţi să activeze în condiţii de critică agresivă a presei, politicienilor indiferenţi şi a societaţii. Există o necorespundere între perceperea societăţii a lucrului judecătorilor şi realitatea, bine cunoscută tuturor judecătorilor. Rezultatele cercetărilor efectuate în cadrul Academiei de Ştiinţe a Moldovei pînă la începutul reformelor, care demonstrau scăderea prestigiului justiţiei, au fost confirmate de datele mai recente ale sondajului sociologic, potrivit căruia autoritatea justiţiei s-a redus din următoarele motive [94, 100, 102]:

- legătura justiţiei cu "aparate de partid" şi de stat – 66,7%;
- respectarea formală a drepturilor şi libertăţilor cetăţenilor – 59,2%;
- lipsa de profesionalism – 59,2%.

Toţi aceşti factori contribuie la un nivel foarte înalt de stres, fapt ce se reflectă direct asupra sănătăţii somatice a judecătorilor.

Unii cercetători consideră că ponderea cea mai mare în influienţa negativă ai activităţii judecătorilor o are izolarea socială, problemă actuală pentru 70% judecători. Sursele izolării sociale sunt volumul mare de lucru şi respectarea normelor eticii judiciare. Majoritatea judecătorilor nu reuşesc să examineze toate dosarele în timpul de lucru, fiind nevoiţi să se reţină la slujbă cîte 10-12 ore pe zi, deseori chiar şi în zile de odihnă. Timpul pentru familie, prieteni, odihnă este foarte limitat. Principiile eticii profesionale impun judecătorul să respecte anumită distanţă în relaţiile cu lumea înconjurătoare, formînd astfel un stil de comunicare foarte retras. Odată cu avansarea în funcţie izolarea de prieteni şi foştii colegi progresează, judecătorii mai greu pot găsi prieteni adevăraţi, mai ales printre jurişti din alte instituţii, suspectîndu-i de nesinceritate şi satisfacerea anumitor scopuri meschine a lor. Judecătorul "simte că se află în mantia sa nu numai la judecătorie" [123, 134, 163].

Există şi un şir de factori suplimentari, ce au legătură cu viaţa personală a judecătorilor şi influienţează negativ asupra sănătăţii

acestora din momentul intrării în funcţie. “Criza vîrstei medii” este un fenomen psihologic bine cunoscut, fiind determinat de moartea părinţilor, îndepărtarea copiilor, apariţia problemelor de sănătate, scăderea activităţii sexuale, apariţia semnelor exterioare de îmbătrînire. Deseori aceste modificări coincid cu schimbări similare la partener. Acest fenomen poate avea urmări negative prin faptul, că judecătorii aflîndu-se în condiţii de suprasolicitare psihică la locul de muncă, nu rezistă unui stres suplimentar în viaţa personală. Ca urmare scade capacitatea de muncă a judecătorului, se reţine examinarea dosarelor, deciziile se iau cu dificultate. În unele cazuri apar tendinţe de suicid. De exemplu, în Australia cel putin un judecător pe an se sinucide, în Russia în anii 90 se înregistrau anual 2-4 cazuri de suicid printre judecători [158, 162].

Printre factorii care au influienţă asupra stării psihologice a judecătorilor este şi legilaţia în continuă reformare. Într-un stat ce se află în perioada de tranziţie, restructurare se implementează reforme în toate sferele de activitate. După proclamarea independenţei, 27 august 1991, sistemul judiciar din Republica Moldova a fost reformat continuu. Reforma justiţiei implică restructurarea instituţională, reformarea mentalităţilor care stau la baza funcţionării sistemului actual, precum şi eforturi financiare care trebuie asumate. Consolidarea statului de drept şi asigurarea calităţii actului de justiţie presupun abordarea mai multor componente ale procesului de reformă care vizează realizarea unui cadru legislativ coerent, prin aprobarea actelor legislative noi şi multiple modificări a legilor deja existente. În primul rînd aceste schimbări se reflectă negativ asupra judecătorilor aflaţi de mai mulţi ani în funcţie [73, 11, 136]. Noţiunile juridice noi utilizate în legislatia actuala difera foarte mult de cele studiate la facultate. La toate acestea se adaugă presiunea noilor tehnologii, judecătorii fiind obligaţi să studieze computerul etc [3, 7, 10].

Au fost introduse modificări şi în modalitatea (strategia) alegerii judecătorilor. Dacă în trecut judecători erau numiţi de regulă din

rîndurile avocaţilor, atunci în prezent judecător poate deveni şi reprezentant ai altor profesii, chiar şi absolvenţii facultăţii de drept [120, 154, 163].

Societatea actuală se dezvoltă în ritmuri rapide, priorităţile vitale se modifică. Judecătorii trebuie să se acomodeze la aceste schimbări sociale, trebuie să corespunda noilor cerinţe legislative referitor la drepturile femeilor, drepturile minorităţilor etnice, minorităţilor sexuale, drepturile persoanelor cu handicap etc. Aceasta poate servi o problemă pentru judecătorii în vîrsta, la care s-au format propriile priorităţi [44, 48, 131].

Profesia de judecător niciodată nu era considerată periculoasă pentru viaţa şi sănătatea fizică, nu s-a făcut nici un studiu a acestei probleme. Dar mai multe persoane implicate în actul justiţiei (procurori, judecători, avocaţi, executori) devin ţinta unor acţiuni agresive, fie verbale, fie fizice [40, 138]. Aceste evenimente deseori nu sunt date publicităţii, datele statistice avînd un caracter secret. Ameninţările şi agresiunile fizice în adresa judecătorilor deseori exprimă nerecunoaşterea şi dezamăgirea faţă de sistemul de justiţie în general. Securitatea judecătorilor poate fi asigurată practic numai în incinta judecătoriilor. În mai multe ţări se încearcă elaborarea unor programe speciale de protecţie a judecătorilor de agresiuni fizice, condiţionată de înmulţirea acestor cazuri [65, 103]. În RM nu dispunem de o astfel de statistică, dar problema există şi nu trebuie neglijată. În SUA problema securităţii judiciare a devenit obiect de studiu numai în ultimii 25 ani. Conform datelor statistice prezentate, judecătorii au risc profesional înalt de a fi omorîţi la locul de muncă. Acest risc este de 50 de ori mai mare decît nivelul mediu naţional, iar din 18 categorii profesionale cu cel mai mare risc de a fi omorîţi la locul de munca, judecătorii cedează numai şoferilor de taxi [104, 107, 117]. Mai mult de jumătate de judecători – 51,8% – au primit ameninţări în adresa sa; 1,7% au fost agresaţi fizic cu risc pentru viaţă. 85% din ameninţări şi 72% din agresiuni au fost făcute în incinta judecătoriilor. Numai în jumătate din

cazurile de ameninţări a fost anunţat serviciul de securitate. 25% judecători au declarat ca ameninţările au influienţat în oarecare măsură procesul de justiţie [82, 123].

În Rusia timp de 10 ani a crescut de 20 de ori numărul de agresiuni fizice a judecătorilor. O dovadă a pericolului direct asupra vieţii şi sănătăţii judecătorilor este norma legală care prevede purtarea de către aceştea a armei [154, 163].

În societatea contemporană se schimbă atitudinea oamenilor faţă de serviciu. Oamenii pierd încrederea în stabilitatea socială şi materială, în garanţia locului de muncă. Devine mai evidentă concurenţa pentru un loc de muncă prestigios şi bine plătit. Au loc procese ale specializării înguste în profesie şi, în acelaşi timp, al interferenţei cu ramuri conexe. Se schimbă cerinţele pieţii de muncă: scade ratingul unor profesii sociale pînă nu demult considerate de înalt prestigiu – profesori, cercetători, lucrători medicali. Ca urmare, sporeşte starea de tensiune psihică şi emoţională, se manifestă fenomenul stresului la locul de muncă, declanşînd anxietate, depresie, dereglări psihosomatice, dependenţă de substanţe psihoactivante (inclusiv alcool, tranchilizante etc.), provocînd sindromul arderii profesional-emoţionale.

Noţiunea „ardere profesională" (professional burnout) a fost propusă de către A. Morrow, pentru a defini starea în care se pomenesc specialiştii din grupurile profesionale de risc, termenul prezentînd un echivalent al stării de distres în condiţia acţiunii unor factori specifici [62, 137, 155]. Descrierea fenomenului a fost realizată anterior acestei definiţii, după unele opinii ea aparţine psihologului american Freudenberger, care în 1974 a analizat starea de demoralizare, decepţie, manifestările de tensiune, astenie şi suprasolicitare pe care le suportau angajaţii clinicilor psihiatrice. Freudenberger, autorul ideii epuizării emoţional-profesionale, a menţionat că acest fenomen are răspîndire mai ales în sfera aşa numitelor profesii sociale, în care specialistul se confruntă cu problemele altor persoane. Alt fondator al ideii arderii profesionale,

C. Maslach, a definit fenomenul ca „sindrom al epuizării fizice şi emoționale, incluzînd formarea unei autoevaluări negative, atitudini de repulsie față de activitatea de muncă şi pierderea capacității de compasiune şi înțelegere a clienților" [142, 161].

Sindromul arderii profesionale este definit ca o totalitate de trăiri negative, legate de locul de muncă, de colectivul profesional şi întreaga organizație, instituție, întreprindere în care persoana exercită activitatea sa. Se manifestă mai frecvent la specialiştii din domeniul socialului, drept caracteristici de bază avînd:

- starea de apatie socială, rezultată din suprasolicitarea emoțională;
- manifestarea unor trăiri şi atitudini negative față de colegi şi clienți;
- autoaprecierea profesională joasă – sentimentul de incompetență, lipsa de aptitudini creative, inovatoare, uneori suportarea stării de vinovăție provocate de autoevaluarea insuficienței rezultatelor activității profesionale [39, 42, 71].

Cercetările realizate în domeniul arderii profesionale au scos în evidență trei grupe ale factorilor de bază care o declanşează: de personalitate, de rol profesional şi organizațional [10, 15, 27].

Factori de personalitate. În cadrul cercetărilor experimentale s-a stabilit că variabilele „vîrstă", „stare familială", „vechime în muncă" nu importă pentru manifestările de ardere profesional-emoțională. Anumite particularități ale acestui sindrom sînt depistate la femei, ele fiind mai predispuse spre „ardere" în condiții cînd nu se satisface necesitatea de creştere profesională şi de importanță a activității realizate. Printre calitățile de personalitate ale persoanelor predispuse spre ardere profesional-emoțională au fost identificate capacitatea de compasiune, umanismul, emotivitatea înaltă, entuziasmul, orientarea spre comunicare şi oameni, de rînd cu introversiunea, o oarecare doză de fanatism în profesie şi conformismul sporit.

Factori de rol. S-a constatat că există o conexiune directă între arderea profesional-emoțională şi conflictul de rol

profesional, situaţia de incertitudine în definirea funcţiilor şi responsabilităţilor. Cu o deosebită forţă distructivă se manifestă situaţiile de lipsă de integrare a eforturilor colaboratorilor, de concurenţă şi planificare incertă atunci, cînd caracterul activităţii solicită acţiuni colective.

Factori organizaţionali. Arderea profesional-emoţională se întîlneşte mai frecvent în profesiile care solicită o activitate de comunicare intensă cu beneficiarii – în aşa numitele profesii sociale. Este nu mai puţin important şi alt factor organizaţional – atmosfera morală defavorabilă în echipa de muncă şi dificultăţile de comunicare intragrupale. Cercetătorii au analizat şi alte probleme de ordin organizaţional: structurile de conducere excesiv de birocratizate, remunerările inechitabile, programul de muncă supraîncărcat sau implicînd ore de noapte, conflictele în structura ierarhică a grupului etc [15, 72, 116].

Necesare pentru un judecător sunt: fineţea şi agerimea senzorială, atenţia bună, memoria multilaterală şi sigură, gîndirea clară, sigură, exactă (de unde rezultă şi capacitatea de a explica şi de a cîştiga încrederea), nivelul superior de inteligenţă, sociabilitatea, curajul. În ceea ce priveşte temperamentul, se înregistrează din nou un şir de solicitări: reacţiile senzorio-motoare trebuie să fie rapide, iar decizia – promptă; e nevoie de o mare flexibilitate, de prezenţă de spirit şi de un grad pronunţat a ceea ce numea P.Janet „tensiune psihică" (de unde rezultă o integrare marcată a personalităţii, ca şi simţul realului) [23, 28, 31]. În general se poate vorbi de „sănătate psihică generală evidentă,care se menţine chiar la eforturi durabile şi persistente". Caracterul trebuie să fie unitar şi stabil; conştiinciozitatea, confidenţialitatea, discreţia, simţul etic puternic, conştiinţa datoriei, obiectivitatea, onestitatea, simţul de ordine sînt printre calităţile pomenite. Se adaugă o capacitate superioară de a învăţa. Depistăm în această listă solicitări intense şi extrem de diferite, care vorbesc despre prezenţa factorilor de personalitate cauzatori de ardere profesional-emoţională şi despre

climatul organizaţional, conferind teren de manifestare pentru fenomenul în cauză [40, 47].

Toate aceste calităţi vorbesc despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă judecătorii. Remarcăm că analiza dată evidenţiază impactul puternic al factorilor cauzaţi de rolul profesional asupra stării afective a judecătorilor şi vulnerabilitatea pentru ardere profesional-emoţională.

Simptomele de bază a sindromului arderii emoţionale sunt:

- oboseala fizică şi psihică, epuizarea
- dereglări psihosomatice (variaţia TA, cefalee, dereglări gastro-intestinale, cardio-vasculare, tulburări neurovegetative)
- dereglări de somn
- atitudine negativă faţă de clienţi, lumea înconjurătoare
- atitudine negativă către activitatea efectuată (în locul determinării anterioare „asta-i pe viaţă”)
- standartizarea comunicării, activităţii, rigiditatea operaţiunilor de gîndire
- tendenţei agresive faţă de colegi manifestate prin iritabilitate crescută, ură
- depresii, atitudini pesimiste, senzaţii de lipsă de sens în evenimentele petrecute, simţul vinovăţiei [90, 91, 158].

Sindromul “arderii emoţionale” se dezvoltă la persoane cu potenţial creativ mare, orientaţi către alte persoane. În cercetare vom examina aplicarea criteriilor sindromului arderii emoţionale la judecători.

1.4. Profilul de personalitate a magistraţilor

Locul principal în activitatea judiciară este atribuit personalităţii judecătorului. A.Koni consideră că studierea jurisprudenţei în capitolul ce se referă la activitatea judecătorească, trebuie să includă ca obiect de studiu şi comportamentul judecătorului faţă de persoanele cu care are relaţii în timpul activităţii sale [49, 60]. Profilul magistratului trebuie să cuprindă toate competenţele absolut

necesare şi suficiente satisfacerii cerinţelor de bază ale profesiunii de magistrat, cerinţe derivate, la randul lor, din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM. Rolul personalităţii judecătorului în exercitarea actului de justiţie are o importanţă deosebită. Profesia de judecător este una din cele mai complicate în jurisprudenţă. Calităţile psihice principale a judecătorului sunt stabiltatea emoţională, toleranţa, capacitatea la o activitate constructivă în condiţii de suprasolicitare psihoemoţională. În timpul procesului de judecată sunt reproduse evenimentele dramatice şi tragice ale realităţii, agresivitatea, ura, etc. Pentru reglarea acestor manifestări emoţionale sunt necesare răbdarea, calmul, experienţa profesională şi de viaţă, la fel ca şi responsabilitate înaltă, judecătorul fiind persoana, care reprezintă statul într-un proces de judecată. Profilul de personalitate a magistratului cuprinde calităţi mentale care permit persoanei să-şi dezvolte, conştient şi intenţionat competenţele sale şi include stabiltatea emoţională, gîndirea critică, integritatea cognitiv-morală, conştientizarea socială, capacitatea la o activitate constructivă în condiţii de suprasolicitare psihoemoţională permanentă [76, 98, 103]. Componentele gîndirii critice sunt următoarele: interpretarea, analiza, evaluarea, interferenţa, explicaţia şi autoreglarea. A avea integritate înseamnă, în primul rînd, a avea consistenţă, înseamnă a avea anumite principii morale şi a acţiona consecvent în acord cu ele. Valorile unei persoane trebuie să alcătuiască o structură coerentă în care unele sunt mai importante decît altele. Doar astfel persoana poate apăra o anumită opinie mai degrabă decît alta. Conştientizarea socială este competenţa care-i permite magistratului să analizeze, să evalueze şi să se angajeze creativ în reconstruirea modelelor după care se desfăşoară practicile sociale curente legate de exerciţiul profesiunii de magistrat în sistemul juridic din RM. Integritatea poate fi exercitată numai în cadrul legii: un magistrat trebuie să urmeze litera legii chiar dacă personal nu este de acord cu ea. Integritatea magistratului se referă la faptul că imparţialitatea,

corectitudinea, onestitatea să nu-i fie clintite de nici un fel de practici corupte. Mobilizarea resurselor intelectuale este condiţionată de convingerea că abilităţile şi cunoştinţele juridice nu sunt statice. Ele se îmbunătăţesc într-un proces conştient de învăţare continuă sau se degradează prin învăţarea neintenţionată dintr-o experienţă nesupusă reflecţiei [80, 94].

Profilul magistratului trebuie alcătuit în spiritul unui echilibru între independenţa şi răspunderea judecătorului şi a justiţiei, respectînd anumite aspecte:

- acţiunea politică, orientată spre păstrarea separării puterilor;
- asigurarea condiţiilor de bază de întărire a capacităţii judecătorilor de a rămane incoruptibili. Spre exemplu, inamovibilitatea judecătorilor şi salarizarea decentă a magistraţilor;
- întărirea răspunderii magistraţilor pentru calitatea actului de justiţie, prin angajarea, reţinerea şi promovarea în sistem a persoanelor capabile şi hotărîte să asigure calitatea actului de justiţie [35, 58, 153].

Temperamentul judecătorului trebuie să corespundă unui şir de solicitări: reacţiile senzorio-motoare trebuie să fie rapide, iar decizia – promptă; e nevoie de o mare flexibilitate, de prezenţă de spirit şi de sănătate psihică generală evidentă, care se menţine chiar la eforturi durabile şi persistente. Caracterul trebuie să fie unitar şi stabil; conştiinciozitatea, confidenţialitatea, discreţia, simţul etic puternic, conştiinţa datoriei, obiectivitatea, onestitatea, simţul de ordine sunt printre calităţile pomenite. Se adaugă o capacitate superioară de a învăţa. Depistăm în această listă solicitări intense şi extrem de diferite, care vorbesc despre prezenţa factorilor de personalitate cauzatori de ardere profesional-emoţională şi despre climatul organizaţional, conferind teren de manifestare pentru fenomenul în cauză [80, 124, 134].

Cerinţele de bază ale exercitării profesiunii de magistrat sunt:

- capacitatea de a gîndi independent în chestiuni juridice
- imparţialitatea, indiferent de propriile convingeri

• aprecierea şi aprobarea supremaţiei legii în societate, restabilirea încrederii cetăţenilor în justiţie [47, 65].

În profesii cu activităţi de tip persoana-persoana oboseala profesională este determinată în primul rînd de oboseala de o altă persoană. Acesta este un tip specific de oboseală, determinat de contact permanent emoţional cu un număr mare de oameni. Una din cauzele principale a obóselii profesionale este considerată atitudinea emoţională către viaţă în general, pozitivă sau negativă faţă de sine şi alte persoane. Aceasta presupune o anumită atitudine către activitatea profesională, relaţiile cu colegii, stilul de viaţă a judecătorului şi problemele lui nelegate de activitatea profesională. Structura activităţii profesionale se modifică odată cu creşterea personală a specialistului. Anume atitudinea faţă de propria persoană, capacitatea de a-şi pune scopuri de creştere şi perfecţionare profesională şi personală permit cu succes îndeplinirea obligaţiunilor profesionale. Succesul profesional este determinat, în mare măsură, de prestigiul personal, de eficacitatea relaţiilor interpersonale, de buna orientare în mediul social actual. Toate acestea devin importante şi din cauza influenţelor care vin din partea „obiectului muncii" sub forma mentalităţilor, vocabularului, stilului de viaţă [58, 155, 157].

Toate aceste calităţi vorbesc despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă judecătorii. Remarcăm că analiza dată evidenţiază impactul puternic al factorilor cauzaţi de rolul profesional asupra stării afective a judecătorilor şi vulnerabilitatea pentru ardere profesional-emoţională. De asemenea următorii factori sociali influienţează deformarea personalităţii profesionalului:

• nerecunoasterea meritelor adevărate

• limitarea dreptului la libera alegere (alegerea stilului de viaţă, direcţiei cercetării ştiinţifice etc)

• necorespunderea cerinţelor moral-etice profesiei, situaţiei reale la locul de muncă; drept exemplu poate servi tema deseori discutată

în mass-media despre dependența judecătorilor de puterea executivă, mita etc

• scăderea statutului social al profesiei (inclusiv și în plan material)

• problemele personale, familiale [139, 140, 144, 146].

În aceste condiții judecătorul suferă o dezamăgire din cauza necorespunderii între situația profesională reală și închipuirea ideală despre ea.

Deci, profilul trebuie înțeles ca un mijloc de sprijinire a magistratului individual și a sistemului juridic în ansamblu, în direcția dezvoltării competențelor care permit acțiunea independentă și imparțială. Competențele incluse în profil trebuie, așadar, înțelese drept condiții interne, intrapersonale ale acțiunii corecte, independente și imparțiale ale magistratului. Evaluarea judecătorilor prin raportare la profilul magistratului trebuie percepută ca modalitate prin care sistemul juridic încurajează selecția, reținerea și promovarea persoanelor care, pe fondul unor predispoziții personale, își dezvoltă conștient și intenționat competențele care le permit acțiunea corectă și imparțială.

1.5. Concluzii

Activitatea profesională a judecătorilor se caracterizează prin anumite particularități: responsabilitate înaltă, independență procesuală, caracter variat, respectarea strictă a normelor convenționale și de drept.

• Studierea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătații judecătorilor de către cercetătorii autoctoni nu s-a efectuat niciodată, fiind o direcție relativ nouă în știință. Publicațiile în domeniu sunt foarte puține și nu sunt complexe, conțin doar parțial date despre răspândirea și particularitățile etiopatogenetice a dereglărilor somatice și psihoneurologice la contingentul dat.

• Judecătorii fac parte din contingentul cu cel mai înalt grad de expunere la stres. Pentru judecători factorii stresogeni, care negativ

influienţează starea sănătăţii somatice şi psihice sunt volumul de lucru în creştere permanentă, insuficienţa de timp, legislaţia în continuă reformare, caracterul public al activităţii sale etc.

• Ponderea cea mai mare în influienţa negativă ai activităţii judecătorilor o are izolarea socială, fenomen caracteristic pentru circa ¾ din magistraţi.

• Profilul magistratului trebuie să cuprindă toate competenţele absolut necesare şi suficiente satisfacerii cerinţelor de bază ale profesiunii de magistrat, cerinţe derivate, la rîndul lor, din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM.

CAPITOLUL II.
Morbiditatea somatică şi influenţa factorilor activităţii profesionale asupra structurii şi răspîndirii patologiei somatice la judecători

2.1. Structura morbidităţii somatice la judecători

Pentru determinarea nivelului şi structurii morbidităţii somatice a judecătorilor am folosit următoarele procedee: chestionarea, interogatoriul, examinarea clinică, analiza documentaţiei medicale, teste clinice şi funcţionale. Aprecierea nivelului morbidităţii somatice s-a efectuat cu anumite dificultăţi subiective şi obiective. Studiul a cuprins toţi judecătorii RM, care locuiesc în toate raioanele Republicii şi evidenţa medicală a judecătorilor se face la locul de trai, la medicul de familie. Deaceea accesul la documentaţia medicală de la locul de dispensarizare a fost dificil de realizat. Acest fapt este cauzat de lipsa sistemului centralizat de asistenţă medicală a judecătorilor. În general, pe baza documentaţiei medicale s-a reuşit confirmarea diagnozei somatice la 148 persoane. În timpul cercetării nu s-a pus scopul depistării primare a maladiilor somatice, ci acumularea detaliată a informaţiei din documentaţia medicală existentă. Analiza corespunderii datelor obţinute din fişele medicale şi în urma chestionării a aratat că şi în cazul judecătorilor, a căror documentaţie medicală era imposibil de verificat, informaţia despre

starea somatică era de încredere. În afară de chestionare şi analiza informaţiei din documentaţia medicală, o parte din judecători (95) a fost examinată clinic în condiţii de ambulator, la necesitate suplimentar s-a apreciat nivelul glicemiei, s-a efectuat ECG.

Totuşi, principala problemă a fost de caracter subiectiv – motivarea mică a judecătorilor către cercetare. Chiar şi după lamurirea scopului şi sarcinilor acestui studiu, judecătorii manifestau o atitudine negativă sub diferite forme, ceea ce parţial poate fi lămurit de atitudinea societăţii faţă de justiţie în general şi de presiunea exercitată asupra judecătorilor în particular.

Cunoaşterea structurii morbidităţii profesionale are o importanţă deosebită în condiţiile în care aceasta reprezintă efectul expuneri profesionale la factori nocivi din mediul de muncă şi care, odată precizată, poate fi remediată prin măsuri tehnico-organizatorice profilactice. S-a pornit de la premiza că expunerea la numeroşi factori de risc profesional a judecătorilor, influenţează negativ starea de sănătate a acestora prin creşterea morbidităţii psihosomatice şi prin boli legate de profesie. Morbiditatea prin afecţiunile menţionate este subevaluată, neexistînd în prezent o echipă interdisciplinară de specialişti, care să permită recunoaşterea, semnalizarea şi declararea bolilor şi nici cercetarea şi evidenţa bolilor legate de profesie. În urma analizei tuturor datelor am obţinut următoarele rezultate – 2/3 din respondenţi (242/365; $p<0,005$) au indicat prezenţa unei sau mai multor afecţini cronice, predominînd bolile sistemului cardiovasular (194/365; 53,15%, $p<0,05$) – hipertensiunea arterială şi cardiopatia ischemică, cu risc înalt de complicaţii majore. HTA ocupă primul loc în clasificarea bolilor legate de profesie. În ordinea descreşterii frecvenţei urmează afecţiunile sistemului digestiv (92/365; 25,21%, $p<0,05$), bolile bronhopulmonare (62/365; 16,99%, $p<0,05$), afecţiunile nefrourinare (33/365; 9,04%, $p<0,05$), bolile de piele (30/365; 8,22%, $p<0,05$), diabetul zaharat (21/365; 5,75%, $p<0,05$).

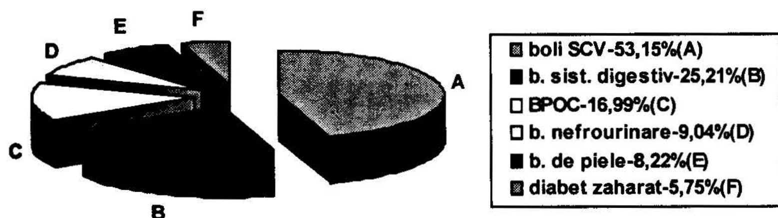


Fig.2.1. Structura morbidităţii somatice la judecători

Analiza statistică realizată comparativ la lotul de studiu şi lotul martor pentru hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică a luat în calcul stresul ca factor de risc propriu activităţii profesionale a judecătorilor şi frecvent invocat de aceştea. Analiza riscului de îmbolnăvire prin hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică, arată un risc relativ cu valori mari – pentru HTA, CI depăşeşte 60% indicînd, că sunt indiscutabil legate de profesie. Printre maladiile sistemului cardiovascular la judecători se evidenţiază, la fel ca în restul populaţiei, boala hipertonică (168/365; 46,03%, $p<0,05$), fiind urmată de cardiopatia ischemică (43/365; 11,78%, $p<0,05$), afecţiunile vasculare (22/365; 6,08%, $p<0,05$), dereglările de ritm (11/365; 3,01%, $p<0,05$) şi valvulopatiile (4/365; 1,09%, $p<0,05$).

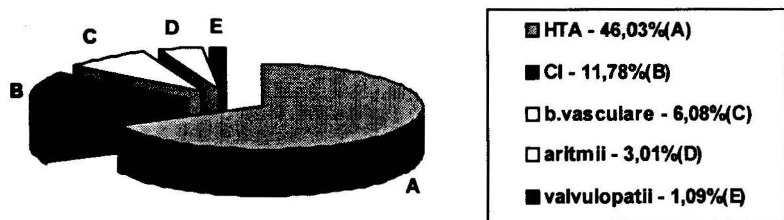


Fig. 2.2. Afecţiunile sistemului cardiovascular la judecători

Este dovedit faptul acutizării bolilor cronice şi inducerea unor afecţiuni somatice primare sub influenţa stresului cronic, ceea ce au accentuat circa 2/3 din respondenţi (240/365; 65,8%, $p<0,005$).

Sunt evidenţiate multiple mecanisme de interferenţă a stării afective a pacientului cu sănătatea lui fizică. Interacţiunea funcţiilor psihice cu manifestările somatice se realizează nu numai prin mecanisme psihologice, dar are şi substrat biologic. În această multitudine de mecanisme inevitabil intervine şi factorul psihologic prin diminuarea funcţiei barierţi de adaptare psihică. În rezultat se declanşează o cascadă de modificări fiziologice, biochimice, imunologice, capabile de a interveni în verigile patogenetice ale maladiei. În acest mod se întreţine procesul patologic, formîndu-se un mod patologic de autoreglare. În rezultat, stresul psihic cronic, implicînd o multitudine de mecanisme fiziologice, cu participarea catecolaminelor, glucocorticoizilor, hormonilor hipofizari, a sistemului nervos vegetativ, a mediatorilor-neurotransmiteri, a neuropeptidelor, inevitabil se implică în patogeneza complicată, astfel formîndu-se un cerc vicios de interacţiuni psiho-somatice şi somato-psihice. Dereglările psihice pe de o parte – însoţesc maladiile somatice, iar pe de alta – condiţionează apariţia tulburărilor psihosomatice. Cercetarea a abordat riscurile profesionale care ţin de relaţiile psihosociale. Stresul psihoemoţional a fost identificat ca unul din factorii principali în apariţia HTA, CI, DZ, dermatozelor cronice şi afecţiunilor gastrointestinale cronice ($p<0,005$).

Efectele negative ale hipertensiunii arteriale sunt agravate de prezenţa simultană cu ea a următorilor factori de risc suplimentari la aceeaşi persoană:

- Vîrsta: la peste 45 de ani (pentru magistraţi din lotul de studiu – vîrsta medie este 47,2 ani), riscul de deces prin accident cerebral sau infarct miocardic creşte cu 300-400% la fiecare 10 ani;
- Genul: bărbaţii au un risc de deces prin accident cerebral cu 30% mai mare decît al femeilor, iar în cazul decesului prin infarct miocardic acesta e mai mare cu 200-300% la bărbaţi decît la femei (pentru magistraţi – raportul bărbaţi:femei = 2:1), dar după 75 ani riscurile de deces prin afecţiuni cardiovasculare devin egale;

• Diabetul: riscul de deces prin afecțiuni cardiovasculare crește cu 300% la bolnavii de diabet (pentru judecători – prevalența de 2 ori mai mare) față de cei care nu au diabet [26,53,84].

Analizînd morbiditatea judecătorilor prin maladii ale sistemului digestiv, observăm predominarea afecțiunilor stomacului și duodenului (gastrita, duodenita, boala ulceroasă), urmînd afecțiunile ficatului (hepatita, steatoza), pancreasului și vezicii biliare (colecistita, colangita, dischinezia, litiaza), $p<0,05$:

- gastroduodenite, ulcere – 25,2%;
- hepatite cronice și ciroze – 20,9%;
- afecțiunile pancreasului – 16,1%;
- colelitiaza, colecistita, colangita –14,5%.

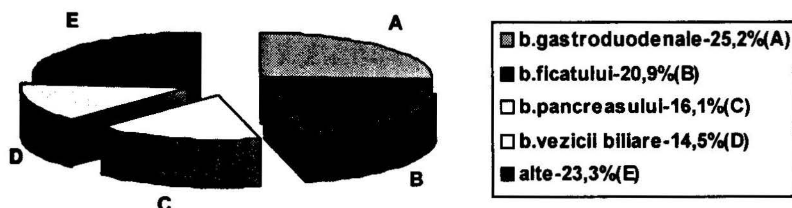


Fig. 2.3.Afecțiunile sistemului digestiv la judecători

Specificul activității profesionale a judecătorilor determină predominarea ulcerului duodenal și gastroduodenitei cronice în structura morbidității sistemului digestiv la acest contingent, ținînd cont de suprasolicitările psihoemoționale permanente ($p<0,005$), dificiențele regimului alimentar ($p<0,005$), tabagismul ($p<0,005$).

Din afecțiunile cronice a sistemului respirator la judecători predomină bronhopneumopatia cronică cu caracter obstructiv, fiind diagnosticată la 62 persoane (16,9%, $p<0,05$). Bolile sistemului nefrourinar fiind reprezentate de pielonefrite cronice, nefrolitiază, prostatită cronică au fost atestate la 33 magistrați (9,04%, $p<0,05$). Exema și psoriazisul sunt cele mai întîlnite patologii dermatologice în rîndurile judecătorilor ($p<0,05$), fiind influențate de specificul activității profesionale.

2.2. Deprinderi dăunatoare şi factorii activităţii profesionale ce influenţează morbiditatea judecătorilor.

Dintre factorii activităţii profesionale ce determină dezvoltarea stresului ocupaţional la judecători trebuie menţionaţi:

- Volumul mare de lucru în timp limitat, p<0,001;
- Lucru peste orele de program – judecătorii au 50-60 ore de lucru săptămînal, p<0,001;
- Intensitatea înaltă a activităţii, p<0,001;
- Legislaţia în continua reformare, p<0,001;
- Necesitatea respectării stricte a normelor convenţionale şi de drept, p<0,001t.

Mai mult de 1/2 din respondenţi au afirmat că posedă anumite deprinderi dăunătoare, p<0,005. Alimentarea neraţională (30,84%, p<0,05), hipodinamia (27,81%, p<0,05) şi abuzul de medicamente (13,78%, p<0,05) sunt cele mai frecvente deprinderi dăunătoare căpătate în timpul activităţii profesionale. Dezvoltarea acestor deprinderi se lămureşte prin regimul istovitor de muncă, cînd lucrînd cîte 12 – 14 ore pe zi, deseori şi în zile de odihnă, judecătorii se află într-o poziţie statică, nu se alimentează la timp, nu reuşesc să consulte medicul, abuzînd de medicamente, luate, de regulă, conform propriilor convingeri.

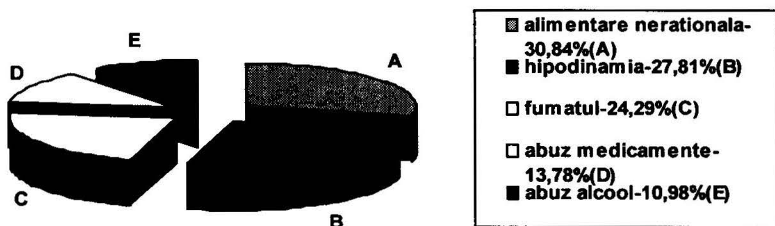


Fig. 2.4. Deprinderi dăunătoare la judecători

- Fumatul: creşte riscul afecţiunilor cardiovasculare şi al accidentelor cerebrale ischemice la toate vîrstele dar cu un coeficient invers proporţional cu vîrsta: la bărbaţii sub 65 ani riscul decesului

cardiovascular este de 2 ori mai mare la fumători decît la nefumători, pe cînd la bărbaţii de peste 85 ani riscul fumătorilor este numai cu 20% mai mare decît al nefumătorilor. Printre judecători sunt circa 1/4 fumători – 24,29% (89/365, $p<0,05$). Trebuie să ţinem cont şi de faptul că fumatul creşte în acelaşi timp riscul multor afecţiuni non-cardiovasculare (respiratorii şi neoplazice). În fiecare an mor în Uniunea Europeană mai mult de 500.000 de oameni datorită fumatului. Multe din aceste decese apar prematur, victime pierzînd în medie 21 de ani faţă de durata medie de viaţă aşteptată. Fumatul ucide mai mult decât SIDA + accidentele rutiere + alcool + omucideri + consumul de droguri + sinucideri + incendii. Fumatul este responsabil şi pentru deteriorarea sănătăţii atât la fumători activi cât şi la cei din jurul lor aflaţi în situaţia de fumători pasivi inclusiv copii şi pruncii nenăscuţi [26,45,53]. Din toate aceste decese datorata fumatului 30% au loc prin bolile SCV provocate de acesta prin:

- creşterea agregării paletale şi riscul crescut al formării trombozelor;
- creşterea viscozităţii sîngelui;
- creşterea fibrinogenului şi implicit a factorului de coagulare a sîngelui;
- distrugerea directă a peretelui interior al vaselor de sînge cu favorizarea dezvoltării arteriosclerozei;
- scăderea colesterolului LDH;
- monoxidul de carbon apărut pe timpul fumatului creşte consumul de oxigen al miocardului dar scade capacitatea sîngelui de a-l transporta producînd un mare dezechilibru între cererea şi disponibilitatea de oxigen înşoţită de deteriorarea miocardului.

• *Alcoolul*: riscul afecţiunilor cardiovasculare este mai redus cu 30-40% la cei care consumă zilnic 1-2 pahare de vin decît la cei care nu consumă zilnic alcool. Dar consumul unor cantităţi mai mari de alcool zilnic provoacă alte afecţiuni cardiace şi creşte riscul accidentelor vasculare, hipertensiune arterială, afecţiunilor non-

cardiovasculare şi accidentelor generale. Consumul abuziv de bauturi alcoolice au menţionat 40 magistraţi, ceea ce constituie 10,98%, p<0,05.

• *Hipodinamia* este destul de răspîndită în rîndurile judecătorilor, fiind atribuită la 27,81% (p<0,05) din respondenţi. Cei care fac exerciţii fizice moderate cel puţin 20 minute zilnic au risc al decesului cardiovascular cu 30% mai mic decît al sedentarilor; lipsă mişcării este un factor major de risc pentru boli SCV. Populaţia inactivă fizic are un risc al bolilor SCV de 2 ori mai mare decât persoanele care fac mişcare şi care se dublează de fiecare dată şi pentru fumat, hipertensiune arterială şi obezitate.

• *Alimentaţia neraţională* este cea mai frecventă deprindere dăunătoare menţionată de magistraţi, fiind atestată la 30,84% (113/365, p<0,05). Raportul Comisiei Europene din 1995 arată că anual în Europa au loc 180.000 decese între oamenii cu vîrsta 35-64 ani, iar dintre aceştia o treime adică 60.000 decese sunt datorate unei diete nesănătoase [53,93]. Iată cîteva din constatările şi recomandările ale reţelei europene a inimii:

- reducerea cu numai 1% a colesterolului din sânge reduce riscul bolilor SCV cu 3-4%;

- reducerea cu 5 unităţi a tensiunii arteriale la hipertensivi (prind reducerea greutăţii în exces şi reducerea consumului în exces de sare şi alcool) reduce riscul în afecţiunile inimii cu 14% şi ale accidentului cerebral cu 42%;

- obezitatea atrage după sine creşterea de pînă la 500% a riscului diabetului de tip 2 noninsuluinodependent, care la rîndul lui creşte riscul apariţiei bolilor SCV.

Dacă comparăm datele referitor la deprinderile dăunătoare a judecătorilor în prezent cu cele anterior funcţiei de judecător se observă că majoritatea au fost căpătate în timpul activităţii profesionale, mai puţin fumatul (p<0,05). Pentru bărbaţi cele mai frecvente sunt fumatul (p<0,05) şi alimentarea neraţională (p<0,05), iar pentru femei – alimentarea neraţionala (p<0,05) şi hipodinamia (p<0,05).

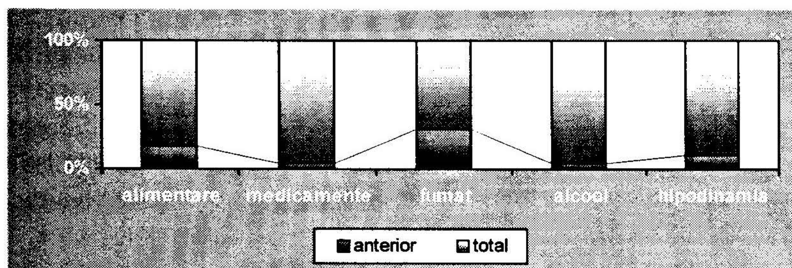


Fig. 2.5. Caracteristica deprinderilor dăunătoare în timp

Analizînd datele obţinute în studiu în raport cu datele statistice pentru populaţia adultă din RM referitor la răspîndirea deprinderilor dăunătoare, am observat predominarea la judecători a hipodinamiei, nerespectarea regimului alimentar, utilizarea necontrolată şi abuzivă a medicamentelor (p<0,005). Toate acestea sunt în mare măsură influenţate de particularităţile activităţii profesionale a magistraţilor – activitate de birou (p<0,001), volum mare de lucru (p<0,001), insuficienţa de timp liber pentru odihnă şi unele necesităţi personale (p<0,001), inclusiv vizita la medic la necesitate, suprasolicitare psihoemoţională permanentă (p<0,001) etc. Referitor la persoanele din grupul de control, se observă la fel predominarea hipodinamiei (p<0,001) şi alimentaţiei neraţionale (p<0,001), iar fumatul şi abuzul de alcool sunt sub media generală (p<0,005). Pentru profesori este caracteristic stresul psihoemoţional specific activităţii profesionale exercitate de acest contingent, care influenţează comportamentul şi dezvoltarea deprinderilor dăunătoare. După cum se vede din fig.3.5. răspîndirea viciilor comportamentale la lotul martor este asemănătoare cu lotul de studiu, cedînd numai în aspect cantitativ, ceea ce demonstrează că activitatea în sistemul judecătoresc are un anumit specific, care determină apariţia şi dezvoltarea deprinderilor dăunătoare la magistraţi.

* - *Factori de risc şi sănătatea* [53, 93, 113].

Principalii factori de risc:

• Suprasolicitarea neuropsihosenzorială (p<0,001)

• Suprasolicitarea atenţiei, analizatorilor: vizual, auditiv, sensorial (p<0,001)

• Regimul de muncă iraţional (p<0,001)

• Relaţii de muncă încordate, tensionate cu colegii şi şefii, violenţe din partea publicului (p<0,001).

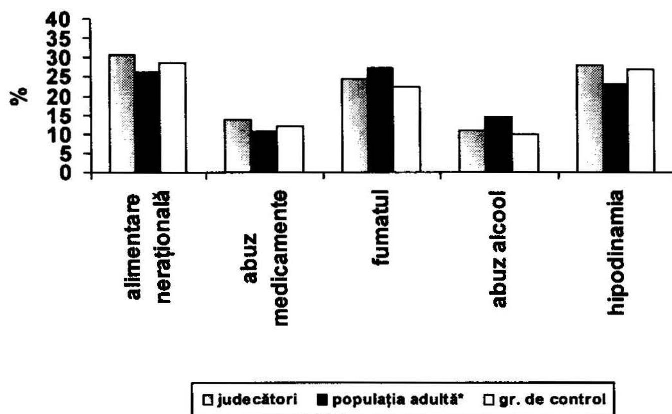


Fig. 2.6. Reprezentarea comparativă a deprinderilor dăunătoare

Factorii de stres neuropsohic ai locului de muncă determină tulburări ale somnului (p<0,005), depresie (p<0,005) şi constituie un risc crescut de boli cardiovasculare, în principal hipertensiune arterială (p<0,05).

Progresul tehnico-ştiinţific contemporan implică folosirea pe scară tot mai largă a echipamentelor electronice şi a procedeelor de obţinere, transmitere, prelucrare şi prezentare a informaţiilor respective, fenomen caracteristic şi pentru sistemul judecătoresc. S-a creat un nou sistem "om-maşină-mediu" ce a impus necesitatea cunoaşterii lui în ceea ce priveşte solicitările operatorului şi a evaluărilor în scopul optimizării condiţiilor în care se desfăşoară activitatea. Alt factor este suprasolicitarea neuro-psihică determinată

de deficitul cronic de timp ($p<0,001$), mai ales, în condiţiile în care judecătorii sunt impuşi să dea răspunsuri în termeni limitaţi.

Rezultatele obţinute ar putea fi grupate în jurul următoarelor aspecte:

- intensitatea factorilor mediului în condiţii specifice de muncă a acţiunii asupra organismului;
- caracterizarea particularităţilor profesiografice ale muncii judecătorilor;
- studierea modificărilor fiziologice cu scopul determinării analizatorilor principali în controlul actului de muncă, analizatorii care contribuie la menţinerea stereotipului dinamic în limitele de activitate şi cercetările sistemelor funcţionale ale organismului, îndeosebi, ale sistemului cardiovascular ca factor favorabil în menţinerea organismului la un înalt nivel profesional pe parcursul ciclului de muncă;
- cercetări fundamentale în scopul căutării şi aplicării celor mai raţionale regimuri de muncă şi odihnă atît pe parcursul unei zile, cît şi pentru întreg ciclu de muncă al judecătorilor, avînd drept scop stabilirea regimurilor raţionale, care ar face munca mai puţin tensionată şi mai productivă;
- analiza morbidităţii şi stării de sănătate a judecătorilor prin metode de investigaţii complexe socio-igienice, fiziologice, biochimice, paraclinice.

2.3. Caracteristica comparativă a morbidităţii judecătorilor, profesorilor şi populaţiei adulte din RM

În continuare vom face o analiză comparativă a morbidităţii judecătorilor din lotul de studiu, profesorilor din lotul martor şi a populaţiei adulte din RM.

Activitatea profesională a profesorilor are anumite particularităţi ce pot influenţa starea de sănătate la acest contingent. Factorii cu influenţă negativă asupra sănătăţii pedagogilor sunt:

- suprasolicitarea vocală ($p<0,001$), care poate duce la apariţia

Tabelul 3.1.

Incidenţa şi prevalenţa populaţiei adulte din RM* (anul 2007)

		Incidenţa		Prevalenţa	
		absolută	la 10.000 loc.	absolută	la 10.000 loc.
1.	Bolile aparatului circulator	**68309**	**244,5**	**386816**	**1384,5**
	din ele HTA, CI	**46238**	**165,5**	**305734**	**1094,3**
2.	Bolile aparatului digestiv	**48183**	**172,5**	**239850**	**858,5**
	din ele ulcer gastric şi duodenal	**3418**	**12,2**	**41124**	**147,2**
3.	Hepatite cornice şi ciroze hepatice	**8943**	**32,1**	**63435**	**227,5**
4.	Bolile aparatului respirator	**163532**	**585,3**	**218804**	**783,2**
5.	Bolile pielii şi tesutului celular subcutanat	**49429**	**176,9**	**57123**	**204,5**
6.	Bolile endocrine, de nutritie şi metabolism	**13616**	**48,7**	**88992**	**318,5**
	din ele: diabetul zaharat	**6852**	**24,5**	**48746**	**174,5**
7.	Bolile genitor-urinare	**64658**	**235,4**	**143198**	**521,4**
8.	Bolile sistemului nervos	**14172**	**50,7**	**34759**	**124,4**
9.	Total pe RM	**735220**	**2631,5**	**1799937**	**6442,4**

* - Sănătatea Publică în Moldova. Anuar statistic 2007 [113]

disfoniei sau afoniei; circa ½ din profesorii cercetaţi (49,46%) indică prezenţa anual a semnelor de disfonie de diferită intensitate;

- suprasolicitarea psihoemoţională ($p<0,001$), care determină dezvoltarea patologiei psihosomatice – HTA, CI, boala ulceroasă,

astm bronşic etc. „Crizele pedagogice" care apar la profesori după 10 – 15 ani de lucru au, de asemenea, origine psihosomatică;

- suprasolicitarea organului văzului ($p<0,005$), care contribue la scăderea acuităţii vizuale;
- hipodinamia ($p<0,001$) şi ca rezultat – spondiloartroza, supraponderabilitatea;
- poziţie verticală statică timp îndelungat ($p<0,005$), care determină frecvenţa mai înaltă a bolii varicoase a venelor membrelor inferioare.

Profesorii, la fel ca judecătorii, nu manifestă atitudine serioasă, conştientă faţă de propria sănătate, fapt demonstrat prin următoarele – adresabilitatea scăzută la medic în caz de îmbolnăvire ($p<0,01$), periodicitatea insuficientă a examenelor profilactice ($p<0,01$), administrarea preparatelor medicamentoase fără prescripţii medicale ($p<0,05$), promovarea insuficientă a modului sănătos de viaţă ($p<0,05$), nerespectarea strictă a recomandărilor medicului ($p<0,05$) etc. Un factor determinant în evidenţa statistică a morbidităţii profesorilor are activitatea medicală insuficientă – adresabilitatea joasă în caz de îmbolnăvire la medicul de familie ($p<0,01$) pentru certificat de incapacitate temporară de muncă, din motive subiective – pierderi economice, responsabilitate înaltă faţă de procesul didactic etc.

Analizînd datele obţinute, am constatat următoarele – 65,59% ($p<0,005$) din respondenţii lotului martor au indicat prezenţa unei sau mai multor afecţini cronice, predominînd bolile sistemului cardiovasular (188/372; 50,54%, $p<0,05$) – HTA, CI, boala varicoasă etc, urmează afecţiunile sistemului digestiv (98/372; 26,34%, $p<0,05$) – afecţiunile gastroduodenale, pancreatitele, hepatitele şi afecţiunile vezicii biliare, bolile bronhopulmonare (52/372; 13,98%, $p<0,05$), afecţiunile nefrourinare (46/372; 12,37%, $p<0,05$), diabetul zaharat (18/372; 4,84%, $p<0,05$), bolile de piele (14/372; 3,76%, $p<0,05$).

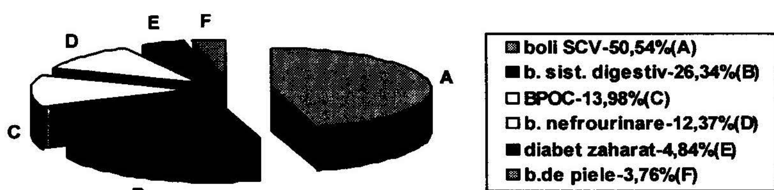


Fig.2.7. Structura morbidităţii somatice la profesori din grupul de control

Cercetarea a abordat riscurile profesionale care ţin de relaţiile psihosociale. Stresul psihoemoţional a fost identificat ca unul din factorii principali în apariţia HTA, CI şi afecţiunilor gastrointestinale cronice, cu frecvenţă mai mare la lotul studiat comparativ cu lotul martor ($p<0,005$). Patologia cardiovasculară constituie o problemă majoră de sănătate publică în majoritatea ţărilor lumii, fiind una din cauzele principale de invaliditate, morbiditate şi mortalitate. Aceasta, în egală măsură, se referă şi la judecători, la care predomină maladiile sistemului cardio-vascular (194/365; 53,15%, $p<0,05$). Hipertensiunea arterială este cea mai frecventă afecţiune din acest grup (168/365; 46,03%, $p<0,05$), cardiopatia ischemică fiind asociată sau nu HTA, este diagnosticată la 43 persoane (11,78%, $p<0,05$). Nivelul morbidităţii cardiovasculare la judecători este influenţată de vîrstă ($p<0,005$), de stajul juridic general ($p<0,005$) şi de stajul de lucru în functia de magistrat ($p<0,005$), de predispunere ereditară ($p<0,005$). Prevalenţa HTA este estimată la 15-30% din populaţia adultă din multe ţări. În diferite ţări sau regiuni ale unei ţări acest parametru se poate deosebi semnificativ. În Republica Moldova un studiu efectuat anterior, utilizînd drept criterii de HTA cifrele de TA>160/95 mm Hg, a constatat prevalenţa HTA de 17,4% în populaţia urbană organizată şi 15,3% – în populaţia urbană neorganizată. Un studiu mai recent care a utilizat criteriile actuale de HTA (>140/90 mm Hg) a relevat că prevalenţa

HTA în Republica Moldova constituie 20,1% în populaţia rurală şi 36,9% – în populaţia urbană. A fost constatată o relaţie directă a prevalenţei HTA în funcţie de vîrstă. Astfel, prevalenţa HTA la persoanele de vîrsta 30-39 ani a fost 4,46%, la persoanele de vîrsta 40-49 ani – 10,63%, la persoanele de vîrsta 50-59 ani – 29,11%, la persoanele de vîrsta 60-69 ani – 48,98% şi la persoanele de peste 70 ani – 76,32% [26,99].

Cardiopatia ischemică reprezintă una din afecţiunile cardiovasculare cele mai răspandite în masa populaţiei şi una din problemele importante de sănătate publică. Prevalenţa cardiopatiei ischemice în multe ţări este în continuă ascensiune. În Republica Moldova prevalenţa CI este de 10,5%. În SUA prevalenţa CI este de 2,9% din populaţie şi creşte de la 8,6% la bărbaţii între 45-64 ani pînă la 16,8% la vîrsta de peste 65 ani. În România o anchetă de sănătate la persoanele adulte a arătat o prevalenţă a CI de 10,9%. Printre 15.000 persoane participante la un screening în Cluj-Napoca prevalenţa CI a constituit 5,86%. Prevalenţa CI a fost semnificativ mai mare la persoanele cu HTA, la persoanele cu diabet zaharat, la persoanele cu hipercolesterolemie, la persoanele cu hipodinamie etc. Reducerea mortalităţii cardiovasculare în ţările economic dezvoltate coincide cu reducerea factorilor de risc majori – fumatul, hipodinamia, obezitatea, hipercolesterolemia [7,113].

Conform unor anchete de sănătate, realizate în Moldova, 46,2% bărbaţi şi 6,2% femei de vîrsta 18-69 ani fumează în prezent. Printre judecători ponderea fumatorilor este mai mica – 24,29% ($p<0,005$). Prevalenţa obezităţii în populaţia generală este de 40% la bărbaţi şi 28% la femei [16,53].

Afecţiunile gastrointestinale ocupă locul doi în structura morbidităţii somatice la judecători (98/365 ; 26,85%, $p<0,005$), predominînd gastroduodenitele, boala ulceroasă (25,2%, $p<0,05$). Incidenţa prin maladiile tractului gastrointestinal la adulţi ocupă locul trei în incidenţa generală a populaţiei Republicii Moldova. Incidenţa generală prin bolile aparatului digestiv în 2007 a constituit

172,5 cazuri / 10.000 populaţie adultă, prevalenţa fiind de 858,5 cazuri / 10.000 populaţie adultă, structura repartizîndu-se în felul urmator [18,113]:

- hepatite cronice şi ciroze – 24,1%
- colelitiaza, colecistita, colangita – 17,5%
- afecţiunile pancreasului – 14,9%
- gastritele şi duodenitele – 11,2%
- ulcerele gastrice şi duodenale – 9,0%.

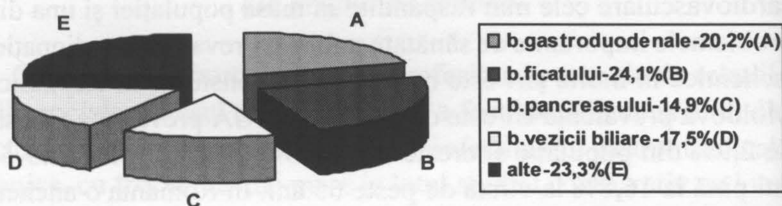


Fig.2.8. Afecţiunile sistemului digestiv la populaţia adultă [18]

Cei mai importanţi factori de risc în apariţia şi dezvoltarea afecţiunilor gastrointestinale sunt stresul ($p<0,005$), regimul alimentar neraţional (neregulat, exces de alcool, condimente, etc) ($p<0,005$), tabagismul ($p<0,005$). Toţi aceşti factori au fost menţionaţi de către judecători în calitate de deprinderi dăunătoare căpătate în timpul activităţii profesionale şi de consecinţe a programului de lucru. Frecvenţa mai mare a afecţiunilor gastroduodenale poate fi lămurită prin importanţa factorului psihoneurologic în apariţia şi dezvoltarea acestor dereglări.

Ulcerul gastro-duodenal ocupă un loc important în structura afecţiunilor organelor interne, constituind cea mai frecventă maladie a tractului gastrointestinal şi continuă să rămană una din problemele de bază a gastroenterologiei. Conform datelor centrului ştiinţifico-practic sănătate publică şi management sanitar al RM incidenţa prin această maladie pe perioada anului 2005-2006 constituie 18,7 la 10 000 locuitori. Rata mortalităţii în această perioadă a constituit

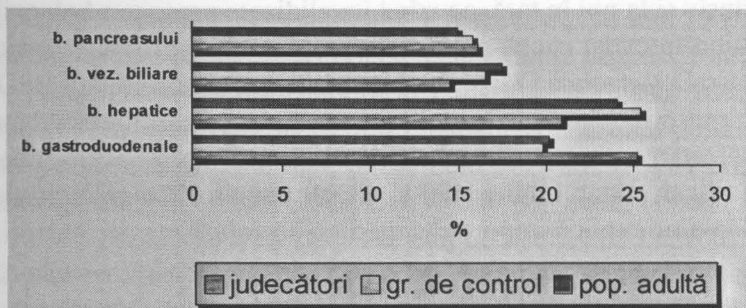
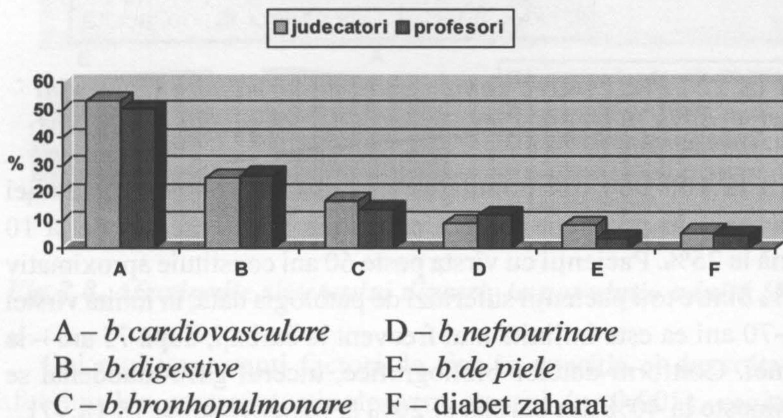


Fig. 2.9. Prezentarea comparativă a morbidității sistemului digestiv la judecători, profesori și populația adultă din RM

15,8 la 100 000 din populația vîrstnică. Răspîndirea maladiei ulceroase în populația matură constituie în diferite țări de la 10 pană la 25%. Pacienții cu vîrsta peste 60 ani constituie aproximativ 10% dintre toți pacienții suferinzi de patologia dată, în limita vîrstei 60-70 ani ea este întîlnită mai frecvent la bărbați, după 75 ani – la femei. Conform datelor bibliografice, ulcerul gastroduodenal se întîlneşte la 40% din bărbați şi 20% la femei vîrstnice [8,18,97].

Dintre maladiile sistemului respirator, exceptînd infectiile respiratorii acute, cel mai des întîlnite la judecători sunt afecțiunile bronopulmonare cronice cu caracter obstructiv – 62 persoane (16,99%, p<0,05), vis-a-vis de 13,98% (p<0,05) în lotul martor. Organizația Mondială a Sănătății estimează că această patologie cauzează decesul a peste 2,75 milioane de persoane anual. În plan mondial BPOC reprezenta în 1990 a şasea cauză de deces, în prezent este a patra, iar în 2020 va deveni estimativ a treia cauză de mortalitate din lume. Aceaşi sursă afirmă că răspîndirea BPOC printre bărbați constituie 9,34‰, femei – 7,3‰ şi afectează preponderent persoanele ce au depaşit vîrsta de 40 ani. Se prognozează o tendință spre creştere continue a incidenței acestei maladii. Prevalența BPOC la indivizii cu vîrstă peste 55 de ani este de aprozimativ 10%. BPOC, fiind larg răspîndită în toată lumea,

inclusiv şi la noi în ţară, cauzînd invalidizare precoce a bolnavilor şi fiind frecvent cauză a deceselor, reprezintă o problemă majoră medicală şi socială [7,16]. Incidenţa majoră a morbidităţii BPOC, evoluţia progresivă cu dezvoltarea insuficienţei cardio-respiratorii, cu afectarea precoce a capacităţii de muncă a persoanelor tinere, modificarea statutului social şi alterarea marcată a calităţii vieţii bolnavilor explică importanţa medico-socială a acestei maladii.



A – *b.cardiovasculare* D – *b.nefrourinare*
B – *b.digestive* E – *b.de piele*
C – *b.bronhopulmonare* F – diabet zaharat

Fig. 3.10. Morbiditatea somatică a lotului de studiu şi lotului martor

Diabetul zaharat este cea mai frecventă afecţiune a sistemului endocrin, fiind diagnosticată la 24 judecători (5,61%, p<0,05), faţă de 4,84% (p<0,05) pentru grupul de control. Conform datelor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, în prezent în lume 240 mln persoane trăiesc cu diabet zaharat. Potrivit prognozelor, în următorii 20 de ani acest număr va creşte pînă la 380 de milioane. În Republica Moldova diabetul zaharat constituie circa 50% din structura maladiilor endocrine. La 01.01.2008 au fost la evidenta 49.080 bolnavi cu diabet zaharat, inclusiv 395 de copii cu diabet zaharat tip 1 şi 72 adolescenţi cu tip 2. Din numărul total al pacienţilor cu

diabet, 44.639 (91%) persoane sunt cu diabet tip 2. În anul 2007 au fost înregistrate 6.828 cazuri noi de diabet, dintre care 6771 adulţi şi 57 copii. Prevalenţa diabetului constituie 137,2 la 10.000 populaţie; la copii 20,4 la 10.000 populaţie. Cazuri noi de boală sunt înregistrate anual 6.828; dintre care 6771 adulţi şi 57 copii. Incidenţa diabetului este de 26,2 la 10.000 populaţie; la copii 3,4 la 10.000 populaţie[4,93,113]. Factorii de risc pentru dezvoltarea DZ sunt ereditatea, regimul alimentar neraţional, modul de viaţă. Sunt predispuşi cei cu ocupaţii sedentare şi cu solicitări nervoase exagerate, condiţii specifice activităţii profesionale a magistraţilor. Toate acestea argumentează frecvenţa mai mare a DZ la judecători vis-à-vis de restul populaţiei adulte din Republica Moldova. Nivelul morbidităţii cu diabet zaharat la magistraţi este direct proporţional cu stajul de lucru în funcţia de judecător ($p<0,005$).

Deşi cercetările au demonstrat o puternică corelaţie între stres şi anumite răspunsuri fizice şi fiziologice, totuşi, nu se poate concluziona că stresul generează boli specifice. Este cert faptul că stresul afectează modul în care indivizii abordează boala şi reprezintă unul din factorii de bază în debutul şi menţinerea multor maladii. Pentru a efectua managementul oricărui fenomen este necesară o monitorizare detailată a lui. Rezultatele măsurării şi monitorizării stării de sănătate pot fi utilizate pentru informarea populaţiei privind propriile probleme de sănătate, modul de prevenire a bolilor, promovarea stilului sănătos de viaţă, prezentarea factorilor de risc pentru sănătate; pentru managementul serviciilor de sănătate – stabilirea necesităţilor în servicile medicale, a ofertei şi calităţii lor, impactul consumului de servicii medicale asupra stării de sănătate. Unul din obiectivele cercetării actuale a fost determinarea factorilor nocivi ai activităţii profesionale a judecătorilor ce au influenţă negativă în dezvoltarea maladiilor somatice şi psihice la acest contingent. Cunoaşterea stării sănătăţii a magistraţilor, a morbidităţii prin patologii anumite conduce la identificarea nevoilor de servicii de sănătate la acest contingent şi

implicit elaborarea măsurilor profilactice pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Managementul serviciilor de sănătate la judecători trebuie început înca de la angajarea în funcţie. Fiecare candidat la funcţia de judecător pe lînga examenul medical obligator, care apreciază sănătatea somatică, ar trebui să treacă testarea psihologică, care va aprecia şi starea pşihologică a candidaţilor, rezistenţa la situaţii stresante etc. Totodată, anual în cadrul examenului medical obligator a judecătorilor este absolut necesar de apreciat nivelul sănătaţii somatice şi psihice, de luat măsuri de corecţie a dereglărilor depistate. Pentru prevenirea reacţiilor neadecvate în situaţii stresante, este nevoie de un şir de măsuri – respectarea unui regim de lucru şi odihna, care include ziua de lucru de 8 ore, numărul dosarelor examinate să nu influenţeze calitatea, adică corectitudinea decizională, asigurarea judecătoriilor cu judecători conform necesităţilor, asigurarea securităţii judecătorilor, asigurarea accesului la serviciile medicale solicitate, asistarea psihologică în incinta judecătoriilor de către un serviciu specializat etc. Prevenţia multor maladii constă în înlăturarea factorilor sau condiţiilor, care au efecte negative asupra sănătăţii. Pentru aceasta este nevoie în primul rînd de identificat aceşti factori, de apreciat rolul lor în apariţia şi dezvoltarea tulburărilor de sănătate, precum şi a mecanismelor de acţiune a acestora. Tendinţa actuală este de a prezenta un nou model al stării de sănătate care să sprijine identificarea priorităţilor, dar care să includă atît determinanţii stării de sănătate cît şi alţi factori care influenţează rezultatele de sănătate. Rezultatele pot merge de la îmbunătăţirea stării de sănătate, reducerea morbidităţii, incapacităţii, mortalităţii, la vindecare sau modificări în calitatea vieţii. Se demonstrează fără echivoc, prin datele statistice, că expunerea la stres cronic este responsabilă de apariţia unor boli. Studiul militează pentru înfiinţarea în sistemul judecătoresc a unor structuri adecvate de monitorizare a factorilor de risc şi stării de sănătate a magistraţilor.

2.4. Concluzii

Morbiditatea psihosomatică a judecătorilor este influenţată atât de factori extensivi – stajul juridic general, durata activităţii în funcţie de judecător, numărul dosarelor examinate, cît şi de factori cu caracter calitativ – caracterul dosarelor examinate, implicarea emoţională, satisfacţia profesională etc. În structura morbidităţii somatice la judecători predomină afecţiunile sistemului cardiovascular – 53,15%, fiind urmate de bolile sistemului digestiv – 25,00%, afecţiuni bronhopulmonare cronice obstructive – 19,39%, diabet zaharat – 5,61%. Cunoaşterea stării sănătăţii a magistraţilor, a morbidităţii ei prin patologii anumite conduce la identificarea nevoilor de servicii de sănătate la acest contingent şi implicit elaborarea măsurilor profilactice pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Rezultatele studiului propun implementarea unor măsuri importante pentru protecţia sănătăţii la acest contingent:

- adoptarea politicii managementului integrat;
- implementarea sistemului de calitate a actului medical;
- formarea personalului şi supravegherea stării de sănătate a acestuia.

Studiul morbidităţii judecătorilor în RM evidenţiază o serie de aspecte de ansamblu, dar şi specifice care ne conduc la următoarele concluzii:

1. Identificarea corectă a riscurilor profesionale şi supravegherea acestora la locul de muncă reprezintă domeniul de bază al activităţii serviciilor de sănătate publică.
2. Necesitatea efectuării concilierii în problemele de sănătate şi securitate în muncă, avînd datoria de a semnala şi comunica riscurile profesionale, pentru luarea unor măsuri precoce de profilaxie tehnicoorganizatorică şi medicală.
3. Managementul de reabilitare şi reintegrare profesională a judecătorilor cu boli cronice aflaţi în dispensarizare activă şi de refacere a capacităţii de muncă.

CAPITOLUL III. Caracteristica psiho-socială a judecătorilor în RM

3.1.Caracteristica socială a judecătorilor

Rezultatele expuse în studiul dat au fost obţinute la examinarea a 365 persoane, care reprezintă judecătorii din judecătoriile municipale şi raionale, judecătorii Curţii Supreme de Justiţie, judecătorii Curţilor de Apel din Republica Moldova (243 bărbaţi şi 122 femei, ce reprezintă respectiv 66,5% şi 33,5%).

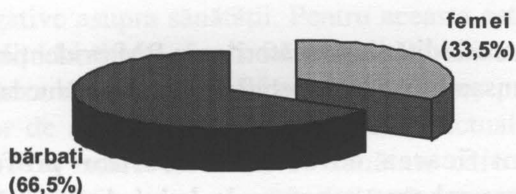


Fig. 3.1. Raportul B/F prinre judectori

Vîrsta judecătorilor varia de la 34 pînă la 69 de ani (vîrsta medie – 47, 2 ani, $p<0,005$), predominînd judecătorii cu vîrsta între 40 şi 59 ani, care au constituit majoritatea din lotul cercetat – 279 persoane, ceea ce constitue 76,43% ($p<0,005$).

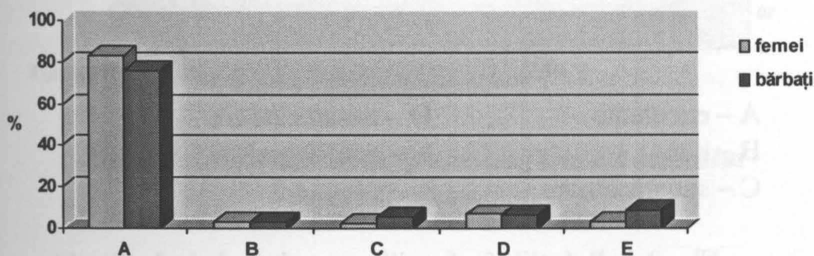
În momentul chestionării erau căsătoriţi şi locuiau împreună cu soţul/soţia 78,5%, $p<0,005$ (femei- 83,39%, bărbaţi- 75,97%), erau căsătoriţi şi trăiau aparte 3,27%, $p<0,005$ (femei- 3,48%, bărbaţi-

3,18%), în concubinaj 4,44 %, p<0,01 (femei- 2,76%, bărbați- 5,31%), 6,78%, p<0,005 (femei- 6.89%, bărbați- 6,71%) erau divorțați, 7,01%, p<0,005 (femei- 3,48%, bărbați- 8,83%) nu au fost căsătoriți niciodată. Starea familiară a bărbaților și femeilor este redată în diagrama de mai jos.

Tabelul 3.1.

Caracteristica după varstă a judecătorilor

Vîrsta	Nr.	%
30 – 39 ani	32	8,77%
40 – 49 ani	162	44,38%
50 – 59 ani	117	32,05%
60 – 69 ani	54	14,80%
Total	365	100 %

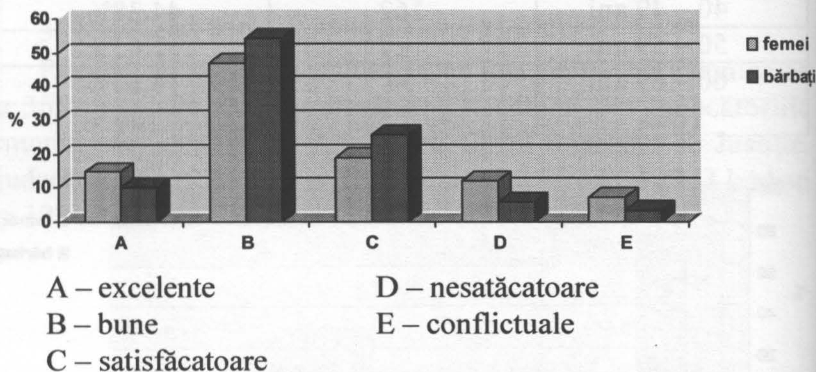


A - *căsătoriți* D - *divorțați*
B – *căsătoriți, dar trăiesc aparte* E - *necăsătoriți niciodată*
C - *concubinaj*

Fig. 3.2. Starea familiară a judecătorilor

Au fost apreciate comparativ relațiile familiare între bărbați și femei, stabilindu-se o diferență marcatoare, cu afectarea mai pronunțată a judecătorilor de gen feminin, care au manifestat o labilitate psihoemoțională mai pronunțată, p<0,005 (mai ales

femeile singuratice), ceea ce a influienţat în anumite cazuri hotarîrea decizională. Majoritatea au apreciat relaţiile în familie drept bune (189/365; 51,78%, p<0,05), inclusiv 132 (54,32%) bărbaţi, 57 (46,72%) femei, şi excelente (43/365; 11,78%, p<0,05), printre care 25 (10,29%) bărbaţi şi 18 (14,75%) femei. Totuşi, 46 persoane (12,61%, p<0,05) au apreciat negativ relaţiile familiare – 7,94%, p<0,05 (14/243; 5,76% bărbaţi şi 15/122; 12,29% femei) - nesatisfăcătoare, 4,66%, p<0,05 (8/243; 3,29% bărbaţi şi 9/122; 7,38%) – conflictuale. Se evidenţiază clar aprecierea nefavorabilă a stării familiare preponderent printre femei.



A – excelente
B – bune
C – satisfăcatoare
D – nesatăcatoare
E – conflictuale

Fig. 3.3. Relaţiile în familie apreciate de judecători

3.2.Condiţiile formării şi dezvoltării partilularităţilor personale a judecătorilor

Influienţa activităţii profesionale a judecătorilor asupra stării psihice este determinată de mai mulţi factori. Printre acestea un rol important au intensitatea muncii (p<0,005), caracterul dosarelor examinate (p<0,005), motivarea (p<0,005) şi satisfacţia de la lucrul (p<0,005). Conform rapoartelor statistice în RM sarcina lunară medie pentru un judecător depăşeşte 55 de dosare (p<0,001), în unele cazuri ajungînd la 90-95 dosare lunar. Un număr mare de

dosare impune judecătorii să se reţină la serviciu, astfel ziua de muncă fiind de 10 – 12 ore, uneori şi mai mult. Insuficienţa de timp pentru examinarea dosarelor nu permite magistraţilor să analizeze profund toate materialele expuse, deseori fiind grăbiţi de a lua decizia. Prelucrind şi analizînd datele din chestionare s-a evidenţiat neomogenitatea conform caracterului dosarelor examinate. Astfel au fost formate doua grupe:

I gr. – predomină dosarele penale (131 persoane, 35,89%, $p<0,005$)

II gr.– predomină dosarele civile şi administrative (234 persoane, 64,11%, $p<0,005$)

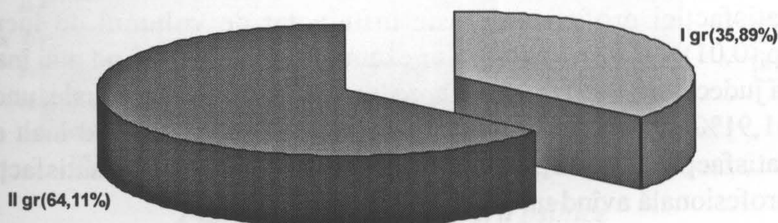


Fig. 3.4. Repartizarea în grupe conform caracterului dosarelor examinate

Motivarea profesională este mai accentuată la judecători în primii ani de activitate ($p<0,01$), datorită dorinţei de creştere profesională ($p<0,01$), de a se afirma în funcţie ($p<0,01$) şi de a avea o carieră ascendentă ($p<0,01$). Caracterul dosarelor examinate are influenţă neînsemnată asupra motivării judecătorilor, predominînd totuşi puţin la judecătorii din I grupă. Numai 32 judecători (8,76%, $p<0,01$) manifestă motivare profesională scăzută, 2/3 indicînd un nivel mediu al motivării – 182/243, $p<0,01$; 64,31% bărbaţi şi 105/122 ; 72,41% femei. Motivarea înaltă o prezintă 102 (27,94%, $p<0,01$) din judecători, dintre care 78 bărbaţi (27,56%) şi 31 femei (21,40%).

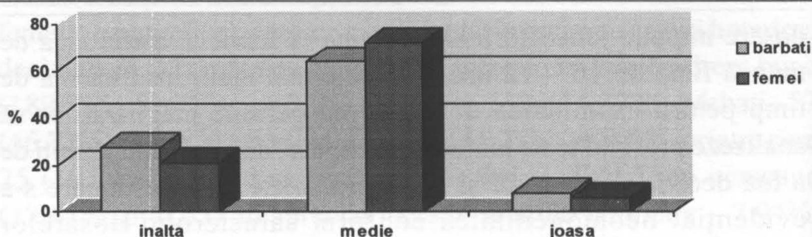


Fig. 3.5. Motivarea profesională a judecătorilor

Satisfacţia profesională este un factor foarte important al activităţii judecătorilor, cu influienţă directă asupra stării psihoemoţionale şi motivării profesionale a judecătorilor. Gradul satisfacţiei profesionale este influienţat de volumul de lucru ($p<0,01$), caracterul dosarelor examinate ($p<0,01$), fiind mai înalt la judecătorii din I grupă, cu predominarea dosarelor penale, unde 51,91%, $p<0,01$(68/131) din judecători prezintă un grad înalt de satisfacţie şi la 33,59%, $p<0,01$(44/131) judecători satisfacţia profesională avînd un nivel satisfăcător.

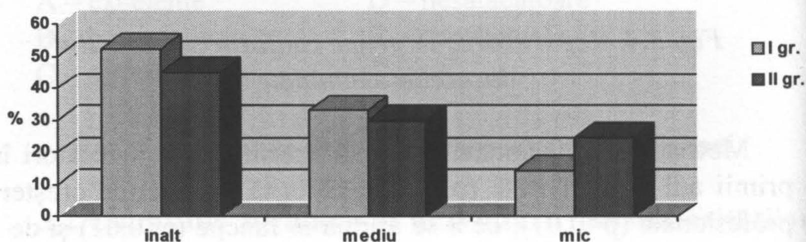


Fig.3.6. Gradul satisfacţiei profesionale a judecătorilor

Despre periculozitatea activităţii profesionale ne vorbesc următoarele date – circa 1/5 (72/365; 19,73%, $p<0,05$) permanent sunt îngrijoraţi de propria viaţă şi a membrelor familiei sale, aproape 1/2 (176/365; 48,22%, $p<0,05$) resimt periodic această frică. Ameninţările în adresa judecătorilor sunt destul de frecvente.

47,12% (172/365, p<0,05) din respondenți au afirmat că au primit amenințări în legătură cu activitatea sa profesională.

Aprecierea nivelului solicitării psihice a avut caracter subiectiv în rezultatul autoevaluării de către judecători a influienței activității profesionale asupra stării psihologice. Cercetarea a arătat că circa 1/3 din respondenți (122/365; 33,42 %, p<0,01) au apreciat nivelul solicitării psihice drept "mediu", majoritatea indicînd un nivel "înalt" (192/365;52,61%, p<0,01) și "extrem, foarte înalt"(51/365; 13,97 %, p<0,01) a solicitării psihice la locul de muncă.

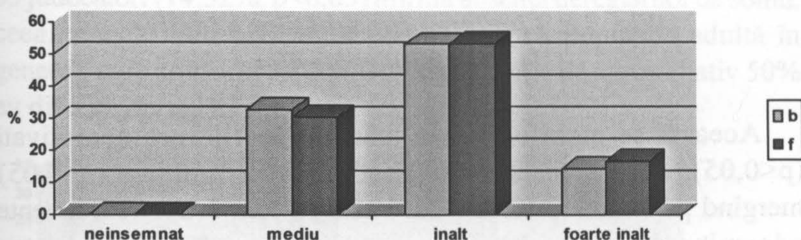


Fig. 3.7. Nivelul solicitării psihice

Astfel, 2/3 din judecatori menționează că nu sunt în stare să menține ritmul activității fără a dăuna starea sănătății (p<0,005). Niciunul (!) nu a apreciat nivelul solicitării psihice "neînsemnat". Dupa cum se vede din desen variația nivelului solicitării psihice în dependență de sex nu este semnificativă. În acelaș timp, rezultatele au arătat că judecătorii apreciază nivelul solicitării psihice în dependență de numărul dosarelor examinate (p<0,05) și dificultatea lor (p<0,05), caracterul dosarelor avînd un rol secund (p<0,05). Astfel, judecătorii care examinează preponderent dosare civile în număr mare au indicat un nivel de suprasolicitare neuropsihica mai înalt decît judecătorii cu predominarea cauzelor penale într-un număr mai mic (p<0,05).

În acelaș timp majoritatea judecătorilor (79,73%;291/365, p<0,01) au menționat limitarea capacităților adaptive în situații de

stres psihoemoţional atît în condiţii cotidiene, cît şi în timpul activităţii profesionale.

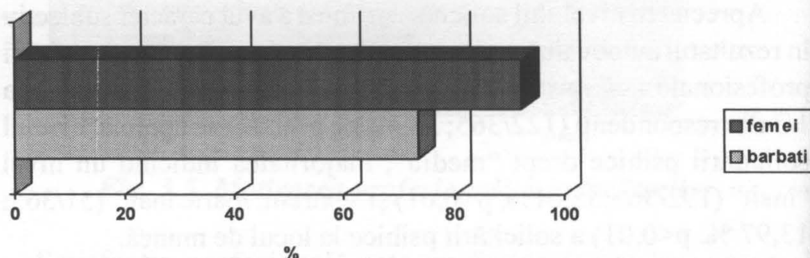


Fig. 3.8. Limitarea capacităţilor adaptive la stres a judecătorilor

Aceasta se manifestă prin stări de îngrijorare nemotivată ($p<0,05$), deseori senzaţii de frică în locuri publice ($p<0,05$), mergînd pe stradă ($p<0,05$), dereglări de somn (treziri frecvente, adormire dificilă, oboseală la trezire), $p<0,05$. Ca factori determinanţi în aceste situaţii judecătorii au menţionat în prim plan volumul mare de lucru ($p<0,05$), apoi caracterul dosarelor examinate ($p<0,05$) care este reprezentat de mărturiile persoanelor participante la proces, de presiunea exercitată de părţile cointeresate, de presă, de reacţia societăţii. În aceste condiţii scade capacitatea de muncă, proprietăţile cognitiv-analitice sunt reduse, ceea ce poate influienţa în anumită măsură capacitatea decizională a judecătorilor. Pe lîngă suprasolicitarea profesională, un rol important în dezvoltarea stresului profesional la judecători au greşelile în administrare ($p<0,05$), nivelul de salarizare ($p<0,05$), relaţiile familiare ($p<0,05$) şi starea sănătăţii ($p<0,05$).

Dereglările de somn reprezintă un fenomen caracteristic ca urmare a influentei stresante a factorilor activităţii profesionale a judecătorilor, avînd caracter epizodic sau periodic. Majoritatea judecătorilor (312/365; 85,48%, $p<0,01$) prezintă dereglări de somn, predominînd adormirea dificilă ($p<0,05$), trezirile frecvente

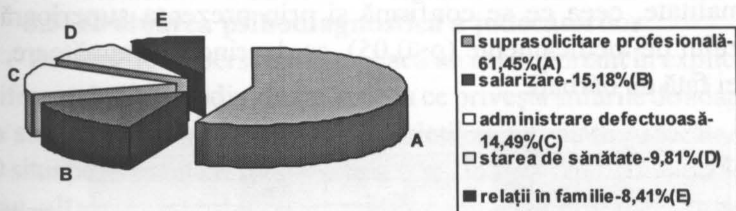


Fig. 3.9. Cauzele stresului judecătoresc

(p<0,05) și starea de oboseală la trezire dimineața (p<0,05). Numai 53 judecători (14,52%, p<0,05) afirmă absența dereglărilor de somn, ceea ce este mult prea mult comparativ cu populația adultă în general, care conform estimărilor în proporție de aproximativ 50% au diferite dereglări de somn.

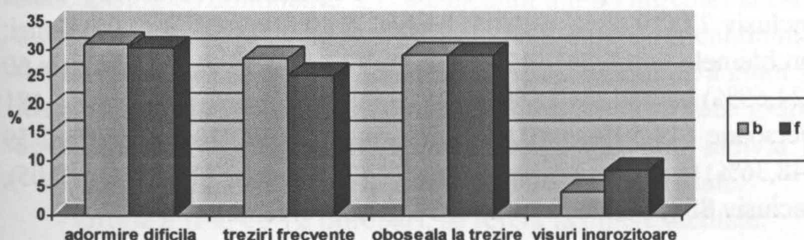


Fig. 3.10. Dereglări de somn la judecători

Medicamentele sedative ca mijloc de luptă cu stările psihoneurotice cauzate de activitatea profesională sunt menționate de aproape 2/3 din respondenți (241/365; 66,03%, p<0,05), dintre care 44 persoane (12,05%, p<0,05), inclusiv bărbați – 25 (10,29%) și femei – 18 (14,75%) – permanent, 109 persoane (29,86%, p<0,05), inclusiv bărbați – 70 (28,81%) și femei – 39 (31,97%) – deseori. Circa 1/3 din respondenți au menționat faptul că nu folosesc niciodată sau ocazional (o data în jumătate de an) preparate sedative (p<0,05). Astfel, se observă că judecătorii de gen femenin mai frecvent recurg la medicamente pentru a reveni la starea de

normalitate, ceea ce se confirmă şi prin prezenţa superioară a abuzului de medicamente (p<0,05), ca deprindere daunătoare, la femei faţă de bărbaţi.

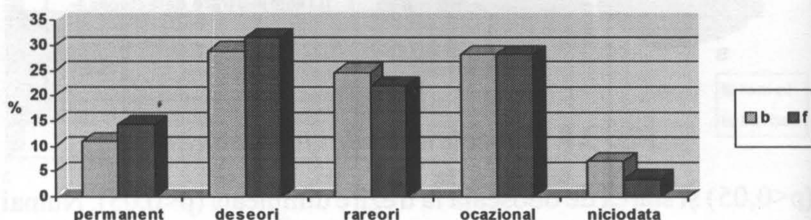


Fig. 3.11. Administrarea de sedative de către judecători

Cele mai actuale probleme expuse de judecători sunt starea de sănătate (inclusiv psihoemoţională) – 131 persoane (35,89%, p<0,05), inclusiv 72 (29,63%, p<0,05) bărbaţi şi 59 (48,36%, p<0,05) femei; problemele familiale – 121 persoane (33,15%, p<0,05), inclusiv 60 (24,69%) bărbaţi şi 61 (50,00%) femei; problemele financiare – 181 persoane (49,59%, p<0,05), inclusiv 122 (50,21%) bărbaţi şi 59 (48,36%) femei; cariera profesională – 122 persoane (33,42 %, p<0,05), inclusiv 88 (36,21%) bărbaţi şi 34 (27,87%) femei.

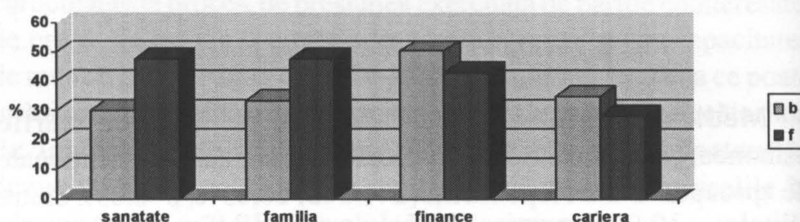


Fig. 3.12. Probleme actuale ale judecătorilor

Astfel starea sanatăţii psihice a judecătorilor în mare masură este influienţată de caracterul şi intensitatea solicitării profesionale (p<0,01), de asigurarea condiţiilor normale de lucru (p<0,01), care determină la fel satisfacţia şi motivarea profesională a judecătorilor.

3.3. Evaluarea psihodiagnostică a judecătorilor

Trăsăturile de personalitate joacă un rol important în explicarea diferenţelor interindividuale în ceea ce priveşte stilurile de adaptare la solicitările stresante, specifice vieţii şi activităţii judecătorilor. O situaţie stresantă este evaluată şi trăită în mod diferit de o persoană sau alta, rezistenţa la stress fiind dependentă de anumite particularităţi din sfera personalităţii.

La colectarea materialului factologic, pentru cercetarea psihodiagnostică, am utilizat chestionarul „Personalităţi accentuate" (H. Schmieschek), scala autoevaluării nivelului anxietăţii (C.Spilberger), scala depresiei (Hamilton) şi un chestionar adiţional.

Chestionarul caracterologic „Personalităţi accentuate" (H. Leonard, H. Schmieschek) determină manifestările caracterologice dominante. El este alcatuit din 88 întrebări la care o persoană poate răspunde cu DA sau NU, după cum conţinutul fiecărei întrebări se potriveşte cu dispoziţiile, modul de a gîndi şi reacţiile sale. Întrebările randomizate, cotează pentru zece grupe de trăsături care pot fi accentuate în personalitatea unui individ:

- Grupa I, cu 12 întrebări, se referă la demonstrativitate.
- Grupa a II-a, cu 12 întrebări, se referă la hiperexactitate.
- Grupa a III-a, cu 12 întrebări, se referă la hiperperseverenţă.
- Grupa a IV-a, cu 8 întrebări, se referă la nestăpînire.
- Grupa a V-a, cu 8 întrebări, se referă la hipertimie.
- Grupa a VI-a, cu 8 întrebări, se referă la distimie.
- Grupa a VII-a, cu 8 întrebări, se referă la ciclotimie.
- Grupa a VIII-a, cu 4 întrebări, se referă la exaltare.
- Grupa a IX-a, cu 8 întrebări, se referă la anxietate.
- Grupa a X-a, cu 8 întrebări; se referă la emotivitate.

Se poate vorbi de accentuarea propriu-zisă a unei trăsături, atunci cînd numărul de răspunsuri semnificative sau simptomatice dintr-o grupă (prestabilite de autor) trece de 50%. Pentru fiecare grup de trăsături accentuate, poate fi calculată o notă ponderată, prin înmulţirea numărului de răspunsuri semnificative cu un

coeficient tabelar stabilit de autor, astfel încat la fiecare grup să poată fi obţinut aceiaşi nota maximă (dat fiind numărul diferit de întrebări pe grupe).

Chestionarul Hamilton (scala HRSD a fost întrodusă în 1960 de Hamilton) pentru aprecierea prezenţei şi gradului de depresie (21 întrebări) a permis de a evidenţia starea eutimică a persoanei (0-6 puncte), de asemenea, depresia uşoară (7-12 puncte), moderată (13-19 puncte) şi semnificativă (mai mult de 20 de puncte). Unsprezece itemi sunt evaluati pe o scala 0-4 si restul itemilor, pe o scala 0-2.

Chestionarul Spilberger (40 întrebări repartizate în 2 părţi cîte 20), este un test informativ pentru aprecierea nivelului anxietăţii în momentul dat (anxietatea reactivă) şi anxietăţii personalităţii (ca o trăsătură caracteristică a persoanei). La interpretarea rezultatelor se ţinea cont de punctajul răspunsurilor şi se apreciau nivelele jos (pană la 30 puncte), moderat (31-45 puncte) şi înalt (mai multe de 46 puncte) ale anxietăţii. Anxietatea reactivă este caracterizată prin nelinişte, nervozitate, dereglarea atenţiei. Anxietatea ca trăsătura de caracter prevede o tendinţă stabilă de a aprecia multe situaţii drept ameninţătoare, este asociată frcvent cu afecţiuni psihosomatice.

În toate cazurile procedura era parte componentă a examinării complexe, ce cuprindea inclusiv starea somatică a judecătorilor. În cazurile necesare pentru analiză s-au folosit rezultatele examinărilor altor specialişti şi datele metodelor suplimentare, folosite pentru concretizarea diagnozei somatice. Una din sarcinile de baza a cercetarii a fost evidenţierea tuturor factorilor activităţii profesionale a judecătorilor, ce au potenţial de a influienţa sănătatea psihică a judecătorilor.

3.4. Rezultatele testării psihometrice a judecătorilor

Chestionarele propuse au fost completate de 365 judecători (vîrsta medie 47,2 ani, p<0,005). Aprecierea gradului depresiei prin *testul Hamilton* a permis de a aprecia prezenţa şi gradul depresiei

la judecători, precum şi factorii, care sunt responsabili de inițierea şi menținerea acestei stări.

Conform scorului, la 216 (59,18%, p<0,01) s-a constatat lipsa depresiei (scor mediu 5,2 ±0,7), inclusiv 53 (43,44%) femei şi 163 (67,07%) bărbați, la 88 (24,11%, p<0,01) - depresie uşoară (scor mediu 8,8 ±2,2), inclusiv 32 (26,23 %) femei şi 56 (23,04%) bărbați, la 42 (11,51%, p<0,01) - moderată (scor mediu 16,2 ±2,6), inclusiv 24 (19,67%) femei şi 18 (7,41 %) bărbați şi la 19 (5,21%), p<0,01 – semnificativă (scor mediu 24,4 ±4,3), inclusiv 13 (10,65%) femei şi 6 (2,47%) bărbați.

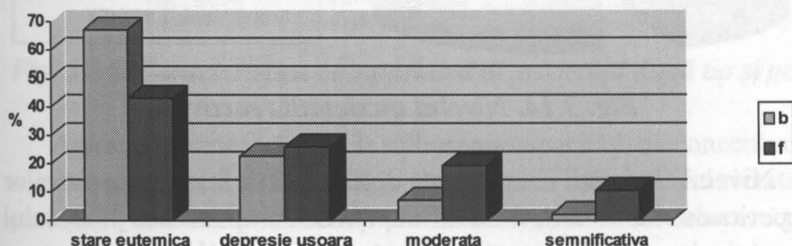


Fig. 3.13. ***Repartizarea conform gradului de depresie***

Factorii care determină prezența depresiei sunt legați atît de activitatea profesională, cît şi de viața cotidiană. Astfel, au fost menționați mai des regimul istovitor de muncă (p<0,05), insuficiența permanentă a timpului liber (p<0,05), posibilitatea redusă de creştere profesională (p<0,05), care la rîndul lor determină nivelul de satisfacție şi motivare profesională ; pentru femei ponderea mai mare revine problemelor de ordin familiar (p<0,05) şi sanogen (p<0,05).

Aprecierea gradului anxietății la judecători prin testul Spilberger.

Chestionarul Spilberger, propus judecătorilor investigați a permis de a obiectiviza, prin procedeul de autoapreciere, nivelul anxietății în momentul dat (anxietatea reactivă) şi anxietatea

personalității (ca trăsătură caracteristică a persoanei). În grupurile investigate, divizate conform caracterului dosarelor examinate, anxietatea reactivă avea un grad asemănător de manifestare, 150 (61,73%, p<0,05) bărbați şi 54 (44,26%, p<0,05) femei avînd un nivel mic, 82 (33,74%, p<0,05) bărbați şi 50 (40,98%, p<0,05) femei – nivel mediu, 11 (4,53%, p<0,05) bărbați şi 18 (14,76%, p<0,05) femei – nivel înalt ai anxietății reactive.

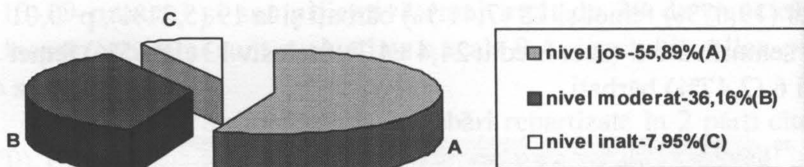


Fig. 3.14. Nivelul anxietatii reactive

Nivelul anxietății reactive este determinat de starea judecătorilor în perioada examinării, fiind influiențat de complicitatea procesului în acel moment, prezența unor probleme cotidiene, care cer rezolvare recentă.

Anxietatea personală foarte înaltă corelează direct proporțional cu prezența unui conflict nevrotic, cu şuturi emoționale şi nevrotice şi maladii psihosomatice.

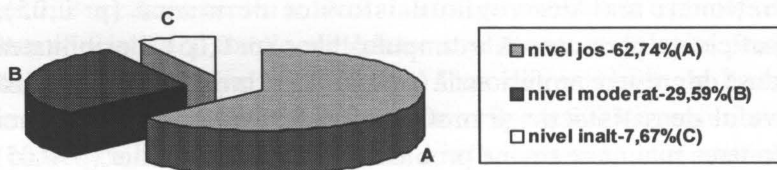


Fig. 3.15. Nivelul anxietatii personale

Analizînd comparativ gradul anxietății între genuri am stabilit o variație semnificativă atît pentru anxietatea reactivă, cît şi pentru anxietatea personală. Nivelul semnificativ mai înalt ai anxietății a

fost stabilit în cazul persoanelor de gen femenin (p<0,03), diferenţa între tipurile de anxietate fiind foarte mică.

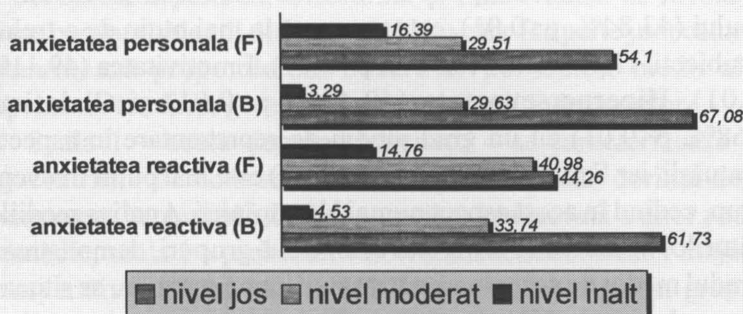


Fig. 3.16. Caracteristica comparativă ai anxietăţii după tip şi gen

Anxietatea reactivă duce la tulburarea capacităţii de concentrare a atenţiei, uneori a dereglării coordonării precise. Anxietatea personală caracterizează tendinţa constantă a persoanei de a percepe un cerc larg de situaţii ca fiind ameninţătoare, de a reacţiona la ele sub formă de stare anxioasă.

Chestionarul „H. Schmieschek" (Explorarea „Personalităţii accentuate")

În ansamblu, se poate aprecia că la chestionarul „H. Schmieschek", ce vizează explorarea personalităţii accentuate, subiecţii grupului nostru de studiu se încadrează în „limitele normalului", media accentuărilor pentru fiecare subiect în parte, aflându-se sub nivelul procentajului critic de 75%, p<0,005. Se observă că există trăsături de personalitate care pot să depăşească nivelul accentuării medii, dar în cazul fiecărui subiect, acestea sunt „compensate" sub diverse forme şi armonios integrate în structura de ansamblu a personalităţii. Estimat din punct de vedere al gradului de intensitate al accentuării, Demonstrativitatea este cea mai „accentuată" trăsătură a grupului (55,82%, p<0,01), urmând în ordine descrescătoare, Hiperexactitatea (54,16%, p<0,01),

Anxietatea (50,75%, $p<0,01$) şi Distimia (50,21%, $p<0,01$). Hiperexactitatea este trăsătura accentuată ce apare la majoritatea respondenţilor, iar Nestăpânirea, trăsătura cea mai „atenuată" a grupului (43,84%, $p<0,01$), este prezentă la mai puţin de o treime din subiecţi. Hipertimia (48,56%, $p<0,01$), Emotivitatea (49,11%, $p<0,01$), Hiperperseverenta (49,45%, $p<0,01$) şi Ciclotimia (49,68%, $p<0,01$) au un grad mediu de reprezentare in aspectul accentuării, iar Exaltarea (47,67%, $p<0,01$) este mai puţin frecventă în grup, cedînd în acest aspect numai Nestăpînirii. Analiza mediilor trăsăturilor accentuate, la nivelul celor două grupuri, demonstrează că gradul mediu de accentuare al trăsăturilor pe eşantion, se situează sub pragul critic de 75%. Gradul mediu de accentuare a unora dintre trăsături, variază la nivelul celor două loturi. Variaţia mediilor are însă semnificaţie statistică doar în ceea ce priveşte următoarele trăsături de personalitate: Demonstrativitate, Nestăpînire, Hiperexactitate, Ciclotimie/labilitate afectivă şi Emotivitate. Cea mai „accentuată" trăsătură a grupului I, din care fac parte judecătorii

Tabelul 3.2.

Media scalelor PA

	Scala	Media eşantion % (n=365)	Media gr.I % (n=131)	Media gr.II % (n=234)
1	Demonstrativitate	55,82	54,96	56,30
2	Hiperexactitate	54,16	55,28	53,56
3	Hiperperseverenta	49,45	49,68	49,32
4	Nestapinire	43,84	43,32	44,12
5	Hipertimie	48,56	48,47	48,61
6	Distimie	50,21	49,81	50,43
7	Ciclotimie	49,68	49,05	50,04
8	Exaltare	47,67	48,09	47,44
9	Anxietate	50,75	51,15	50,53
10	Emotivitate	49,11	48,28	49,57

ce examinează preponderent dosare penale, este Hiperexactitatea (55,28%, $p<0,01$); în grupul II – Demonstrativitatea (56,30%, $p<0,01$). Nestăpânirea, Ciclotimia şi Emotivitatea au media mai mare pentru subiecţii din grupul II, din care fac parte judecătorii ce examinează preponderent dosare civile. Datele medii al PA reprezintă tendinţa generală a personalităţii judecătorilor.

Scala 1 – scala demonstrativităţii – se caracterizează prin egocentrism, demonstrativitate comportamentală, dorinţa de a fi permanent în centrul atenţiei, apreciere neadecvată a unor situaţii. În medie, scala 1 a prezentat valori statistic semnificativ majorate, comparativ cu lotul martor (52,96%, $p<0,01$). Aşa, în grupul II această valoare era de 56,30 %, $p<0,01$. Nu a fost diferenţa statistic semnificativă între grupul de femei şi de bărbaţi.

Scala 2 – scala hiperexactităţii – se caracterizează prin punctualitate, acurateţe şi pedantism exagerat, rigiditate, greu trec de la o stare emoţionala la alta, totul trebuie să fie la loc, pot fi agresivi, dacă nu-s respectate cerinţele sale. Ideia acurateţii devine sensul vietii. Hiperexactitatea este uniform repartizată, 2/3 din respondenţi acumulînd 50-58% din puncte, predominînd puţin la subiecţii din I-ul grup (55,28%, $p<0,01$) şi avînd valori semnificativ majorate, comparativ cu lotul martor (48,28%, $p<0,01$).

Scala 3 – scala hiperperseverenţei se caracterizează prin sensibilitate la obidie şi supărări, spirit răzbunător, implicare emotivă de lungă durată în tot ce i se întîmplă, pedantism; sunt obsedaţi deseori de o singură idee, pe care vor în orice chip să realizeze, în plan emoţional – rigid, uneori pot manifesta agresiune. Diferenţa de lotul martor este nesemnificativă – 49,45% ($p<0,01$) faţă de 47,68% ($p<0,01$), repartizarea între ambele grupe de cercetare fiind uniformă.

Scala 4 – scala nestăpînirii – se caracterizează prin impulsivitate sporită, control scăzut asupra imboldurilor şi tentaţiilor. Are media cea mai mică – 43,84% ($p<0,01$) caracteristică ambelor grupe, fiind inferioara faţă de lotul martor – 47,32% ($p<0,01$). Numai 10 subiecţi au obţinut în timpul evaluării valori ce depaşesc 50 %.

Scala 5 – scala hipertimiei – se caracterizează prin dispoziţie preponderent bună, spirit întreprinzător, activism înalt, optimism, au tendinţa să domine, să fie lideri. Nu suportă sa fie presaţi, disciplina severă, singurătatea, monotonia. Valorile obţinute sunt omogene, media între cele doua grupuri avînd cea mai mică diferenţă dintre toate scalele – 48,47% (p<0,01), fiind superioară celei din lotul martor –'46, 47% (p<0,01).

Scala 6 – scala distimiei – se caracterizează prin deprimare accentuată, centrarea atenţiei asupra aspectelor sumbre ale vieţii, inhibiţie ideomotoră, pesimism, preferă singurătatea. 2/3 din respondenţi au obţinut exact 50% la acest nivel, determinînd media generala de 50,21% (p<0,01), nesemnificativ inferioară celei din grupul martor – 49,81% (p<0,01).

Scala 7 – scala ciclotimiei – se caracterizează prin alternare a fazelor hipertimice şi distimice, primele au durată scurtă, deprimarea fiind prelungită. În depresie se comportă anxios, pot avea idei de suicid, în perioade favorabile se comportă ca hipertimicii. Media generală pe eşantion – 49,68% (p<0,01), puţin mai mare pentru respondentii grupului II. În lotul martor – 47,05% (p<0,01).

Scala 8 – scala exaltării – se caracterizează prin trăiri intensive, uneori nemotivate, a stărilor de bucurie, fericire, satisfacţie şi alternarea frecventă a acestora cu stările de tristeţe şi disperare. Media generală – 47,67% (p<0,01). Aici au fost obţinute valori cu cele mai mari variaţii, fapt determinat în primul rînd de numărul mai mic de întrebări, ceea ce creşte valoarea procentuală a fiecărei întrebări. În lotul martor – 48,09% (p<0,01).

Scala 9 – scala anxietăţii – se caracterizează prin predispunere spre fobie, timiditate şi anxietate exagerată, neîncredere în sine, subapreciere personală, frică de responsabilitate, nu pot stapîni frica influienţîndu-i şi pe cei apropiaţi. Media generală – 50,75% (p<0,01), semnificativ mai mare pentru femei şi mai mare decît în lotul martor (44,84%, p<0,01).

Scala 10 – scala emotivităţii – se caracterizează prin sensibilitate, profunzime şi fineţe a trăirilor spirituale, shimbări frecvente a

dispozitiei cu motiv neînsemnat, de dispoziţie depinde tot – capacitatea de muncă, relaţiile cu lumea înconjurătoare, greu suportă bruscheţea, agresivitatea, au depresie în cazul înrăutăţirii relaţiilor cu cei apropiaţi. Este mai exprimată la subiecţii de gen feminin, media generală fiind de 49,11% ($p<0,01$) şi practic identică în cele două grupe. În lotul martor – 50,28% ($p<0,01$).

Pe baza diferenţelor în răspîndirea caracterilor accentuate au fost evidenţiate 5 grupuri tipologice PA. Drept criteriu de includere într-un anumit grup a fost nivelul trăsăturilor de personalitate peste 60%. Astfel am format următoarele grupuri tipologice: hipertim, hiperperseverent, histrionic, anxios, depresiv. În primul grup au fost incluse 56 persoane (15,34%) – 38 bărbaţi şi 18 femei, avînd cea mai mare medie la scala 5 – 62,5% ($p<0,01$), apoi scala 1 – 54,76% ($p<0,01$); valorile cele mai mici fiind obţinute pe scala 6 – 45,54% ($p<0,01$) şi 4 – 47,10% ($p<0,01$).

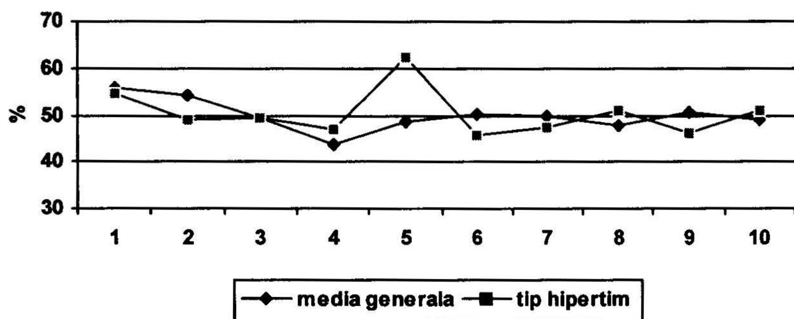


Fig. 3.17. Media scalelor PA în grupul tip hipertim

Pentru aceste persoane este caracteristică dorinţa de a conduce, activitate înaltă, autoapreciere exagerată, capacitate scăzută de a aprecia critic propriile acţiuni. Aceşti judecători sunt mai emotivi în timpul procesului de judecată, suprasolicitarea psihică la ei este cauzată cel mai des de numărul dosarelor examinate şi relaţia tensionată cu conducerea; pentru ei are importanţă atitudinea

societăţii către activitatea sa. Cele mai actuale probleme la acest contingent sunt cariera profesională (p<0,005) şi relaţiile familiare (p<0,005). Nivelul scăzut la scalele anxietăţii şi depresiei arată un nivel înalt de adaptare la condiţiile activităţii profesionale, un grad înalt de responsabilitate.

Al II- ea grup îl constitue 43 (11,78%, p<0,01) judecătorii, dintre care 29 (11,93%) bărbaţi şi 14 (11,47%) femei cu accentuarea în I- ul rînd al hiperperseverenţei, hiperexactităţii, respectiv 63,18% (p<0,01) şi 62,21% (p<0,01). Valorile cele mai mici corespund scalelor 8 (exaltare) – 44,76% (p<0,01) şi 7 (labilitate afectivă) – 46,22% (p<0,01). Pentru ei este caracteristic punctualitatea, acurateţea şi pedantismul exagerat, în plan emoţional – rigiditatea, uneori pot manifesta agresiune, greu trec de la o stare emoţională la alta. Aceşti judecători au concepţii bine determinate, sunt convinşi că atingerea scopurilor proprii este importantă pentru toţi, nu numai pentru ei. În acest grup predomină judecători cu examinarea preponderentă a dosarelor civile, ei respectă strict normele convenţionale, avînd continuitate în acţiuni, efectivitate înaltă în activitatea profesională, însă deseori sunt nemulţumiţi de propria activitate. Cauzele suprasolicitărilor psihice sunt indicate caracterul dosarelor examinate şi ameninţările.

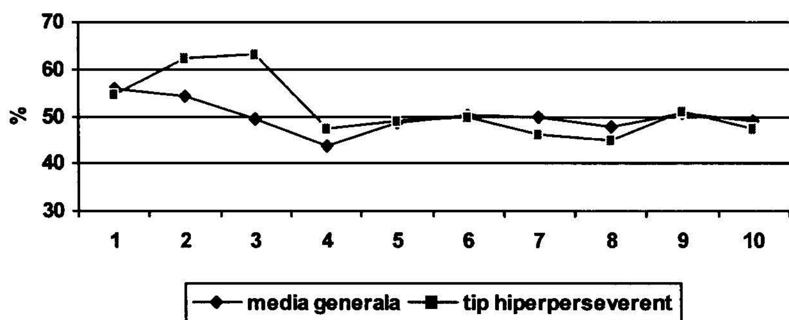


Fig. 3.18. Media scalelor PA în grupul tip hiperperseverent

Grupul histrionic îl constituie 38 judecători - 10,41% (p<0,01), dintre care 14 femei (11;47%) şi 24 bărbaţi (9;87 %), preponderent cu examinarea dosarelor civile. Aceşti judecători au staj mare de lucru – atît juridic, cît şi în funcţie de judecător, sunt motivaţi să corespundă criteriilor normative în aspect social. Cea mai actuală problemă este considerată starea sănătăţii, indicînd suprasolicitarea profesională drept cauză principală în apariţia şi dezvoltarea bolilor. Suferă mai des de bolile sistemului cardio-vascular, dereglări de somn. Accentuarea predominantă este pe scala 1 – 64,25% (p<0,01) şi scala 7 – 55,26% (p<0,01), scala hipertimiei avînd cea mai mică valoare – 40,79% (p<0,01).

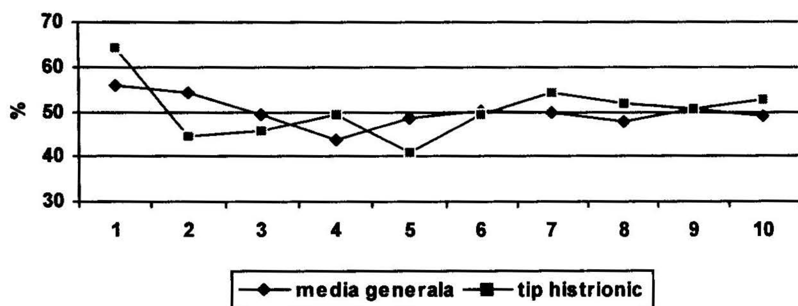


Fig. 3.19. Media scalelor PA în grupul tip histrionic

Mediile mai mari au fost obţinute la scalele labilităţii afective, demonstrativităţii şi emotivităţii. Problema acestor persoane constă în controlul agresivităţii, inhibarea reacţiei spontane, luarea deciziilor bine gîndite; ele respectă formal normele convenţionale, evită responsabilităţile mari de frică că nu vor reuşi.

Mai puţin numeros este grupul de tip anxios – 32 persoane (8,77%, p<0,01), dintre care 14 femei (11;47%, p<0,01) şi 18 bărbaţi (7;41%, p<0,01). Pentru aceşti judecători sunt caracteristice egocentrismul, demonstrativitatea, punctualitatea, acurateţea; deseori manifestă diverse reacţii anxioase, neîncredere în sine, în

deciziile luate. Astfel numarul dosarelor examinate se află sub media generală, fiindcă pentru luarea deciziei au nevoe de mai mult timp, ceea ce prelungeşte şi durata examinării unui dosar.

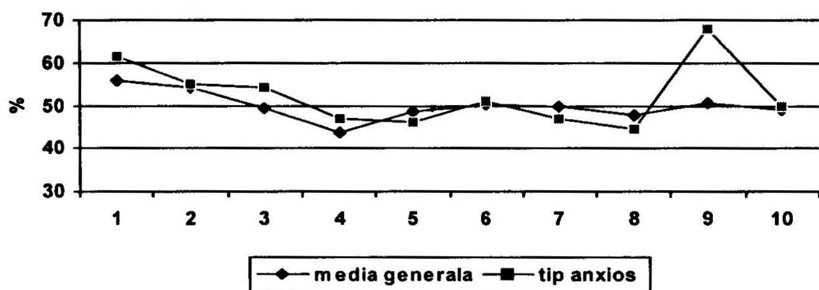


Fig. 3.20. Media scalelor PA în grupul tip anxios

Au media mai mare la scala 9 – 67,97% (p<0,01) şi 1 – 61,45% (p<0,01), mai scăzută la scala 8 – 44,53% (p<0,01) şi 5 – 46,09% (p<0,01). Respondenţii din acest grup au satisfacţie scăzută de la lucru, sunt neliniştiţi. Dereglările de somn sunt mai frecvente decît media generală pentru acest studiu, predominînd adormirea dificilă şi trezirile frecvente (p<0,05).

Cel mai puţin numeros este grupul tipologic de tip depresiv – 19 persoane (5,21%, p<0,01). Mediile maxime în acest grup au fost obţinute pe scala 6 – 65,79% (p<0,01) şi 9 – 58,77% (p<0,01); minimile – pe scala 8 – 44,74% (p<0,01) şi 5 – 45,39% (p<0,01).

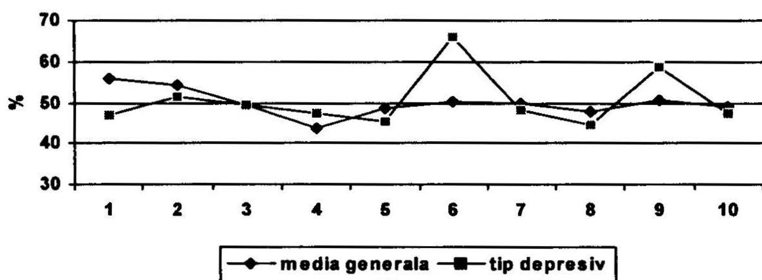


Fig. 3.21. Media scalelor PA în grupul tip depresiv

Pentru aceşti subiecţi este caracteristic un nivel scăzut de satisfacţie profesională ($p<0,05$) şi cotidiană, activitate redusă ($p<0,05$), pesimismul ($p<0,05$); majoritatea fac parte din grupul judecătorilor cu examinarea preponderentă a dosarelor civile; deseori au probleme în relaţii interpersonale, atît la serviciu, cît şi în afara lui ($p<0,05$).

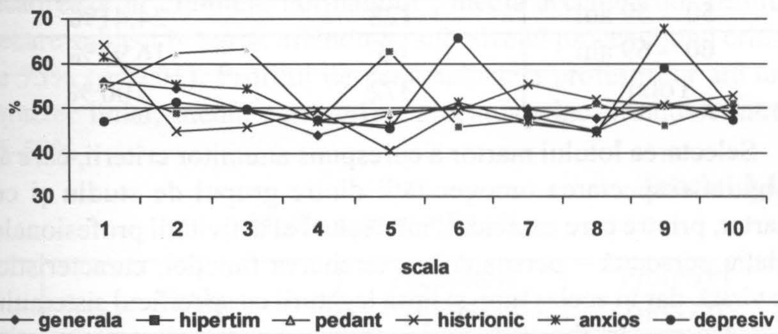


Fig. 3.22. Media PA pe grupuri tipologice

3.5. Caracteristica grupului de control

Grupul de control au constituit 372 persoane – profesori din învăţămîntul liceal – 205 bărbaţi şi 167 femei, ce reprezintă respectiv 55,11% şi 44,89%.

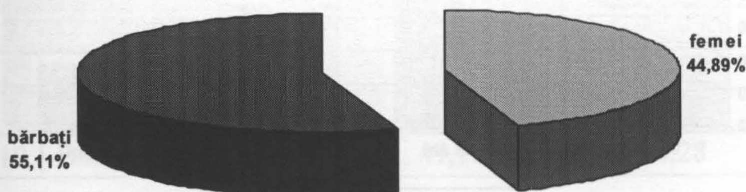


Fig. 3.23. Raportul B/F în grupul martor

Vîrsta profesorilor varia de la 30 pînă la 67 de ani (vîrsta medie – 45,9 ani, $p<0,005$), predominînd judecătorii cu vîrsta între 40 şi 59 ani, care au constituit majoritatea din lotul cercetat – 275 persoane, ceea ce constitue 73,92% ($p<0,01$).

Tabelul 3.3.

Caracteristica după vîrstă a profesorilor

Vîrsta	Nr.	%
30 – 39 ani	34	9,14%
40 – 49 ani	147	39,52%
50 – 59 ani	128	34,41%
60 – 69 ani	63	16,93%
Total	372	100 %

Selectarea lotului martor a corespuns anumitor criterii, care au asigurat respectarea omogenităţii dintre grupul de studiu şi cel martor, printre care caracterul intelectual al activităţii profesionale, relaţia persoană – persoană în exercitarea funcţiei, caracteristica de vîrstă, dar în acelaş timp şi lipsa legăturii cu specificul sistemului judecătoresc. În figura de mai jos este reprezentată caracteristica comparativă după vîrstă a judecătorilor şi profesorilor incluşi în cercetare, unde se vede predominarea respondenţilor în categoria de vîrstă 40 – 59 ani, care cuprinde 73,92% de profesori şi 76,43% de judecători.

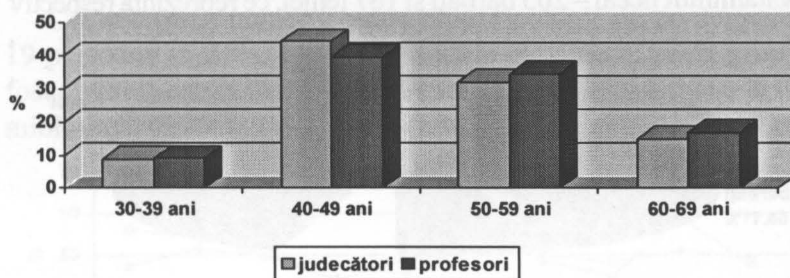


Fig. 3.24. Reprezentarea după vîrstă a lotului de studiu şi a lotului martor

Cercetarea grupului de control a inclus chestionarul „Personalităţii accentuate“ (H. Schmieschek), scala autoevaluării

nivelului anxietăţii (C.Spilberger), scala Holmes şi Rahe pentru aprecierea rezistenţei la stres.şi un chestionar adiţional destinat profesorilor.

Explorarea personalităţii accentuate, cu ajutorul chestionarului „H. Schmieschek", a arătat că subiecţii grupului de control se încadrează în „limitele normalului", media accentuărilor pentru fiecare subiect în parte, aflându-se sub nivelul procentajului critic de 75% (p<0,01). Profilul de personalitate a profesorilor are un caracter liniar, media caracterilor accentuate încadrîndu-se între 45-53%

Tabelul 3.4.

Media scalelor PA (%)

	Scala	Judecători (n=365)	Profesori (n=372)
1	Demonstrativitate	55,82	52,96
2	Hiperexactitate	54,16	48,28
3	Hiperperseverentă	49,45	47,68
4	Nestăpînire	43,84	47,32
5	Hipertimie	48,56	46,47
6	Distimie	50,21	49,81
7	Ciclotimie	49,68	47,05
8	Exaltare	47,67	48,09
9	Anxietate	50,75	44,85
10	Emotivitate	49,11	50,28

După cum arată datele din tabelul de mai sus, profesorii au obţinut cele mai mari medii la scalele demonstrativităţii, emotivităţii şi distimiei. Pe cînd, valorile cele mai mici au fost obţinute la anxietate, hipertimie şi ciclotimie (p<0,05). Comparînd datele obţinute în grupul martor cu cele din grupul de studiu, observăm cele mai mari diferenţe la scalele anxietăţii (44,85% pentru profesori

faţă de 50,75% pentru judecători), hiperexactităţii (48,28% pentru profesori faţă de 54,16% pentru judecători), nestăpînirii (47,32% pentru profesori faţă de 43,84% pentru judecători).

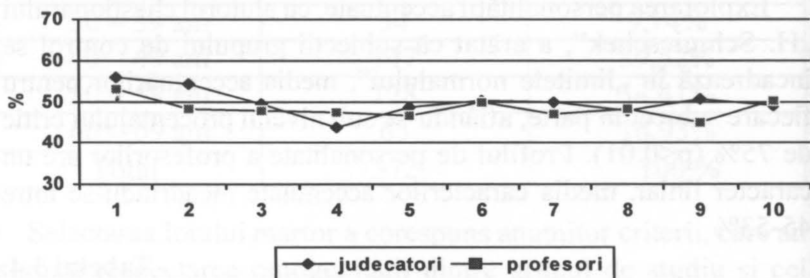


Fig. 3.25. Media PA pe grupuri de studiu şi martor

Astfel, profilul profesorilor corespunde unei personalităţi stabile, armonioase, fără accentuări însemnate a caracterelor studiate.

Chestionarul de apreciere ai anxietăţii (Spilberger), propus judecătorilor din lotul de studiu şi profesorilor din lotul martor a arătat diferenţa nivelului anxietăţii reactive şi anxietăţii personalităţii în grupurile investigate. Astfel, profesorii manifestă un grad de anxietate mai mic decît judecătorii, mai ales aceasta este caracteristic pentru anxietatea reactivă.

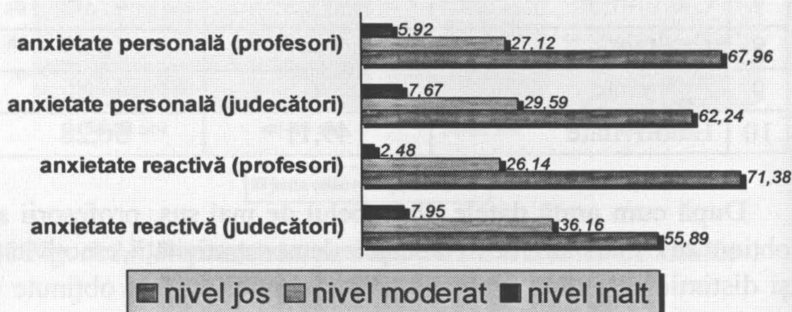


Fig 3.26. Caracteristica comparativa ai anxietăţii după tip a lotului de studiu şi lotuluui martor

Tabelul 3.5.

Punctajele obţinute la Scala Holmes – Rahe (grupul de control)

Clase de semnificaţie	N	%
Clasa O (0 – 150 puncte) fără probleme semnificative	96	25,81
Clasa 1 (151 – 200 puncte) criză uşoară de viaţă	94	25,27
Clasa 2 (201 – 300 puncte) criză medie de viaţă	102	27,42
Clasa 3 (peste 300 puncte) criză majoră de viaţă	80	21,50

În urma prelucrării datelor din chestionare am obţinut următoarele rezultate: 21,50% (80/372, p<0,05) din profesori manifestă criză majoră de viaţă, circa 1/3 prezintă nivel mediu de rezistenţă la stres - 102/372, iar 1/2 din respondenţi manifestă grad înalt de rezistenţă în situaţii stresante, respectiv 25,81% (96/372, p<0,05) – eutimie şi 25,27% (94/372, p<0,05) – criză uşoară de viaţă.

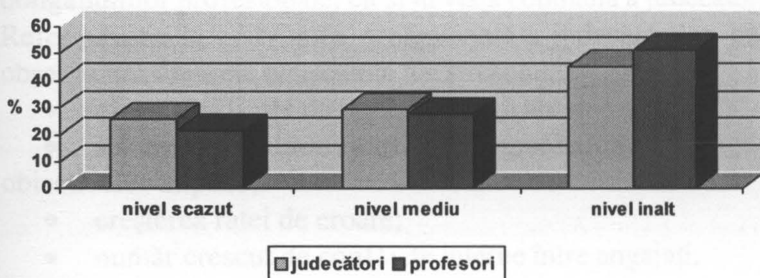


Fig. 3.27. Nivelul rezistenţei la stres a judecătorilor şi profesorilor

3.6.Concluzii

1. Majoritatea judecătorilor (68,9%) au apreciat nivelul solicitării psihice "înalt" si "extrem, foarte înalt". Niciunul (!) nu a apreciat nivelul solicitării psihice "neînsemnat".

2. Suprasolicitarea profesională are cel mai important rol în dezvoltarea stresului ocupational la judecători, fiind urmată de greşelile în administrare, nivelul de salarizare, relaţiile familiare şi starea sănătăţii.

3. Pe baza rezultatelor testării psihometrice au fost evidenţiate 5 grupuri tipologice: hipertim (15,34%), hiperperseverent (11,78%), histrionic (10,41%), anxios (8,77 %), depresiv (5,21%). Apartenenţa de grup este determinată de particularităţile de personalitate a magistraţilor şi de acţiunea factorilor stresanţi, care contribuie la formarea şi dezvoltarea stărilor adaptive a personalităţii.

CAPITOLUL IV.
Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători

4.1. Grupele de judecători cu grad diferit de rezistență la stres

În aceast compartiment al lucrării vom analiza capacitatea de rezistență la stres a judecătorilor, precum și rolul trăsăturilor de personalitate în explicarea diferențelor interindividuale în ceea ce privește stilurile de adaptare la solicitările stresante. Capacitatea de autoreglare emoțională și rezistență înaltă la stres constituie cheia unui comportament corect, adecvat, atît în timpul exercitrii obligațiunilor profesionale, cît și în viața cotidiană a judecătorilor. Referindu-ne la activitatea profesională a judecătorilor, putem observa următoarele consecințe ale stresului:

- niveluri ridicate de îmbolnăvire și absenteism;
- scăderea productivității și incapacitatea de atingere a obiectivelor impuse;
- creșterea ratei de eroare;
- număr crescut de conflicte interne între angajați;
- rată exagerată a fluctuației de personal.

Rezistența la acțiunea factorilor perturbatori, la efectele fenomenului de oboseală, capacitatea de echilibrare psihică sunt unele din abilitățile psihologice necesare persoanei pretendente la funcția de magistrat.

Tehnica utilizată de noi pentru determinarea rezistenței și adaptării la stres de Holms și Rahe permite evidențierea a 3 nivele

de rezistenţă – înalt, mediu, jos. Scala Holmes si Rahe alcatuita de autori în anul 1967, cuprinde o serie de evenimente de viaţă, ce pot fi considerate schimbări cu potenţial de creştere a incidentei bolilor psihice sau psihosomatice. Acestea sunt cuprinse în 4 categorii („starea sănătăţii", „muncă", „personal şi social" şi „casa şi familia"), fiecare eveniment avînd alocate un numar de puncte care cuantifică riscul. Numărul maxim de puncte este 100, asignat decesului unuia dintre soţi sau pierderii credinţei religioase, iar numărul minim – petrecerii de vacanţe (11) sau încalcarilor minore ale legii (11); între acestea se găsesc valori intermediare, ca de exemplu divorţul (80), spitalizarea (62) sau îmbolnavirea unui membru de familie (54). Teoria lui Holmes şi Rahe afirmă ca o colecţie de peste 300 de puncte într-un interval scurt (de ex. 3-6 luni) este un predictor aproape cert al riscului de îmbolnavire, dar riscul începe de la peste 150 de puncte, adunate în acelaşi interval de timp. Această scală este relativ frecvent folosită pentru masurarea stresului la populaţie, are un număr relativ mic de itemi, cuprinde şi eustresuri, apreciate de noi drept frecvente la contingentul studiat.

Tabelul 4.1.

Punctajele obţinute la Scala Holmes - Rahe, pe clase de semnificaţie

Clase de semnificaţie	N	%
Clasa O (0 – 150 puncte) fără probleme semnificative	76	20,82
Clasa 1 (151 – 200 puncte) criză uşoară de viaţă	88	24,11
Clasa 2 (201 – 300 puncte) criză medie de viaţă	107	29,31
Clasa 3 (peste 300 puncte) criză majoră de viaţă	94	25,76

În urma prelucrării datelor din chestionare am obţinut următoarele rezultate: 20,82% (76/365, p<0,05) din magistraţi manifestă eutimie, circa 1/3 prezintă nivel mediu de rezistenţă la

stres – 107/365, iar cite 1/4 din respondenţi manifestă grad înalt şi scăzut în situaţii stresante, respectiv 25,76% (94/365, $p<0,05$) şi 24,11% (88/365, $p<0,05$). Pentru sistematizarea şi analiza datelor obţinute am format 3 grupuri cu nivel scăzut, mediu şi înalt al rezistenţei la stres, magistraţii din grupul eutemic considerîndu-i cu risc scăzut pentru dezvoltarea reacţiilor stresante.

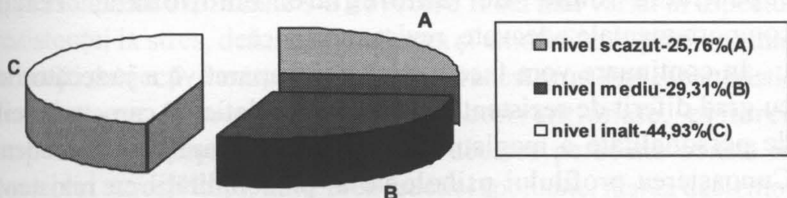


Fig.4.1. Nivelul rezistenţei la stres a judecătorilor

După cum se vede din diagrama de mai sus subiecţi cu rezistenţă scăzută la stres constituie un sfert din lotul experimental. Aceşti subiecţi se caracterizează printr-o sensibilitate ridicată la diferite acţiuni. Ei reacţionează destul de tensionat la majoritatea situaţiilor de viaţă. Pentru aceşti magistraţi este caracteristic o stare de încordare şi disconfort determinat de factorii de stres ($p<0,05$). Sub acţiunea factorilor de stres pot manifesta reacţii fiziologice evidente la stres – inroşirea feţei, transpiraţii, tremur ce se manifestă în situaţii stresante. De asemenea aceşti subiecţi ar putea suferi şi de tulburări psihosomatice de ordin digestiv, cardiovascular, alergii şi altele. Utilizand terminologia lui Lazarus putem spune, că în urma stresului aceşti subiecţi nu formează imunitate faţă de factorii respectivi, ci dimpotrivă formează vulnerabilitate faţă de stres; ei uşor „intră în stres" în contact cu factorii stresanţi. Mai puţin de jumătate din subiecţii investigaţi – 45% manifestă o rezistenţă înaltă la stres ($p<0,05$). Datele confirmă că aceşti judecători sunt destul de rezistenţi la factorii stresanţi cotidieni, drept rezultat al încrederii în sine, spiritului activ, optimist. Ei au o capacitate înaltă de

autoreglare ($p<0,05$), o stăpînire de sine bună ($p<0,05$), nu-şi pierd echilibrul în situaţii stresante ($p<0,05$), au reacţii comportamentale adecvate la solicitările expuse în timpul procesului de justicie ($p<0,05$). La 30% judecătoritori s-a înregistrat un nivel mediu de rezistenţă la stres. Aceste persoane păstrează o înaltă capacitate de muncă pe o perioadă lungă de timp. În situaţiile dificile au capacitatea bună de autoreglare emoţională, reacţii comportamentale adecvate, rezistenţă fizică.

În continuare vom face o analiză comparativă a judecătorilor cu grad diferit de rezistenţă la stres în corelaţie cu caracteristicile de personalitate a magistraţilor expuse în capitolul precedent. Cunoaşterea profilului psihologic al personalităţii cu rezistenţă diferită la stres ne va permite să formulăm unele recomandări pentru psihologi şi schiţarea unui program de training. O situaţie poate fi stresantă pentru majoritatea oamenilor, dar ea nu poate fi evaluată şi trăită în acelaşi mod de o persoană sau alta. După cum a menţionat Eysenck rezistenţa la stres depinde de anumite atribute înscrise în sfera personalităţii. Trăsăturile de personalitate ce conferă vulnerabilitatea (rezistenţa scăzută) la stres urmează să fie studiate în continuare, ele joacă un rol important în explicarea diferenţelor interindividuale în ceea ce priveşte stilurile de adaptare la solicitările stresante.

Conform testării psihometrice prin Chestionarul caracterologic K. Leonhard au fost evidenţiate 5 grupuri tipologice PA: hipertim, hiperperseverent, histrionic, anxios, depresiv. Dacă e să ne referim la întregul lot de subiecţi supuşi experimentului, atunci jumătate dintre aceştea manifestă accentuări de caracter. Magistraţii din grupul hipertim manifestă rezistenţă înaltă la stres. Pozitivist prin excelenţă hipertimicul subestimează necazurile vieţii, ia din ea numai aspectele plăcute, este mereu în acţiune şi are toate şansele de succes, manifestînd activitate înalta, autoapreciere exagerată, capacitate scăzută de a aprecia critic propriile acţiuni. Accentuarea acestor trăsături accentuează vectorul pozitiv al acestor personalităţi

determinând o nedorită dar emergență superficialitate manifestă atât pe plan de acțiune cât și pe cel etic. Subiecții din grupul perseverent se caracterizează printr-un nivel mediu de rezistență la suprasolicitările stresante profesionale și cotidiene. Acești judecători au concepții bine determinate, pentru ei este caracteristic punctualitatea, acuratețea și pedantismul exagerat. Grupul histrionic al persoanelor examinate s-a dovedit a fi cel mai variat în aspectul rezistenței la stres, demonstrativitatea și emotivitatea predominînd la acești subiecți. Pentru judecătorii din acest grup este caracteristic respectarea formală a normelor convenționale, evitarea responsabilităților mari, problema acestor persoane constă în controlul agresivității, inhibarea reacției spontane, luarea deciziilor bine gîndite. Toate acestea lămuresc gradul diferit ai rezistenței la stres exprimat de acești subiecți.

Tabelul 4.2.

Diferențele de accentuări de caracter la judecătorii cu diferit nivel al rezistenței la stres

	Scala	Nivel scăzut de rezistență la stres	Nivel mediu de rezistență la stres	Nivel înalt de rezistență la stres
1	Demonstrativitate	44,93	52,96	51,30
2	Hiperexactitate	51,16	55,28	50,56
3	Hiperperseverenta	49,45	49,68	49,32
4	Nestapinire	47,84	45,32	44,12
5	Hipertimie	56,30	59,62	62,50
6	Distimie	54,21	49,81	44,43
7	Ciclotimie	52,68	49,05	49,04
8	Exaltare	47,67	48,09	49,44
9	Anxietate	42,75	46,15	42,53
10	Emotivitate	51,11	49,28	49,57

În fond, subiecții cu rezistență înaltă la stres au mai puține accentuări și sunt identice cu celor cu rezistență scăzută, doar că se manifestă cu mai puțină intensitate. Accentuarea care este destul

de pronunţată la judecătrorii cu rezistenţă înaltă la stres este hipertimia (62,5%, p<0,01). La judecătorii cu rezistenţă scăzută la stres de asemenea predomină această accentuare de caracter, dar într-o măsură mai mică (56,30%, p<0,01) .O altă uşoară accentuare de caracter observată la grupul de judecători cu rezistenţă înaltă la stres este demonstrativitatea (51,30%, p<0,01). Indicele indică hotarul cu limita admisibilă, deci putem spune că au tendinţa de a atrage atenţia asupra sa, de a denatura adevărul, cu dorinţa de a înlătura din conştiinţă actele neplăcute. O a treia şi ultima accentuare de caracter observată la această grupă de subiecţi examinaţi este hiperexactitatea (50,56%, p<0,01).

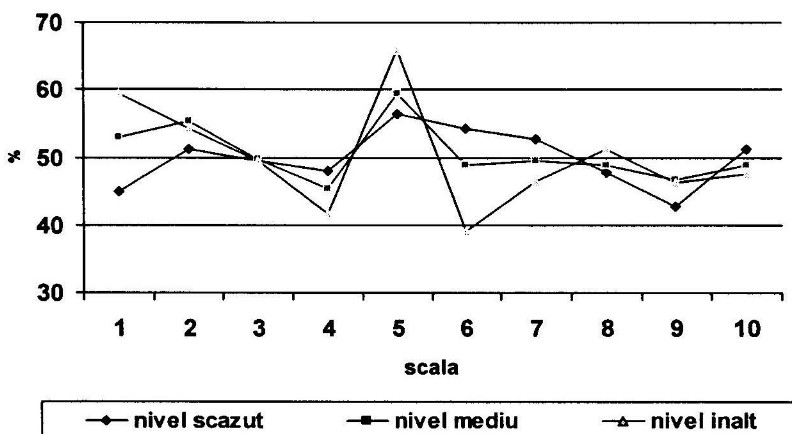


Fig. 4.2. Accentuările de caracter la judecătorii cu diferit nivel al rezistenţei la stres

Aceşti subiecţi în mică măsură demonstrează şi inversul firii sale demonstrative, ce exprimă dificultatea de a lua o hotărîre, neputîndu-se opri la unul din aspectele problemei. Are frică de a proceda incorect, dar prin prelucrări interioare ar putea să depăşească frica şi să se menţină într-o adaptabilitate convenabilă. Spre deosebire de cei menţionaţi mai sus, grupul de judecători cu

rezistenţă scăzută la stres obţin scoruri care indică prezenţa a mai multor tipuri de accentuări – 5 din 10. Persoanele din acest grup se deosebesc prin accentuări uşoare: dispoziţie ridicată, fire veselă, teama de a nu proceda greşit şi dificultatea de a lua decizia (56,30%, $p<0,05$); au dispoziţie schimbătoare (54,21%, $p<0,05$); sunt pedanţi, cu exactitate şi corectitudine în acţiunile sale (51,16%, $p<0,05$); asociaţia anxietăţii cu veselia (52,68%, $p<0,05$). Aceste trăsături de fapt ar putea indica prezenţa unui conflict interior, iar consecinţele sau impactul acestor asupra siguranţei actului decizional poate fi negativ. Deci subiecţii sunt înclinaţi spre o dispoziţie ridicată, sunt destul de rigizi, greu acceptă schimbarea, le este caracteristică dispoziţia variabilă, sunt destul de conştienţi, pot avea dispoziţie bună pe fon de anxietate.

4.2. Mecanismele de coping în activitatea judecătorilor

Copingul reprezintă o strategie multidimensională de control, fiind mai mult decât o simplă reacţie la stres, având ca finalitate schimbarea, fie a situaţiei, fie a aprecierii subiective. Din perspectiva teoriei cognitive, stresul este considerat ca un proces dinamic, mediatizat de două procese: evaluarea cognitivă a evenimentului (controlabilitatea) şi strategiile de coping (de control efectiv), acestea fiind în interacţiune, iar atât factorii personalităţii cât şi cei situaţionali influenţează răspunsul de coping. Studiile referitoare la procesele de coping au adus o schimbare fundamentală în modul în care concepem stresul, de la descrierea reacţiilor la stres, la descrierea şi cercetarea modalităţilor prin care individul controlează factorii şi situaţia stresantă. În orice program de management al stresului profesional, prima etapă se referă la clarificarea diferitelor tipuri de reacţii care pot apărea în urma unor evenimente şi la stabilirea gradului de periculozitate pe care îl au acestea, astfel încât angajaţii să fie capabili să recunoască la ei înşişi sau la alţii aceste simptome. A doua etapă a unui program de management al stresului vizează identificarea şi evaluarea variabilelor interne sau

externe, care pot duce la amplificarea sau reducerea stresului. Cea mai importantă etapă intr-un program de management al stresului vizează intervenţia asupra problemelor constatate în scopul diminuării sau eliminării acestora [87,118].

Plecând de la aceste diferite posibilităţi de a face faţă evenimentelor stresantę se evidenţiază două funcţii ale strategiilor de tip coping în activitatea judecătorilor: influenţa asupra stării emoţionale şi controlul asupra situaţiei, asupra problemei care generează starea de stres. Metodologia pentru inventarierea diferitelor strategii se bazează pe identificarea modalităţilor de reacţie în diferite situaţii stresante, avînd la bază marea variabilitate inter şi intraindividuală, precum şi utilizarea analizei factoriale pe un număr suficient de subiecţi. În scopul evaluării strategiilor în funcţie de cele două dimensiuni principale amintite au fost construite diferite scări-chestionare. Dintre cele mai utilizate se pot cita cea a lui Lazarus şi Folkman - "The Ways of Coping Check-List" cu 67 itemi repartizaţi în 8 subscări: primele două vizează strategiile centrate pe probleme, iar celelalte şase, pe cele centrate pe starea emoţională [67,68,70] :

1. rezolvarea problemei - căutarea de informaţii ("am stabilit un plan de acţiune şi m-am ţinut de el")
2. spirit combativ sau acceptarea confruntării
3. îndepărtarea sau minimalizarea ameninţării
4. reevaluarea pozitivă
5. autoacuzare
6. fuga de evitare (mîncînd, bînd etc.)
7. căutarea unui suport social
8. stapînirea de sine.

Stresul profesional al judecătorilor poate fi scăzut prin:

- *întrevederi de lucru cu colegii* cel puţin o data în 2 săptămîni pentru schimb de experienţă, pentru a discuta despre performanţe şi responsabilităţi, avînd în consideraţie insuficienţa legăturii inverse în activitatea judecătorilor şi izolarea socială caracteristică acestui contingent.

- *managementul eficient al timpului* este foarte important ca activităţile prestate la locul de muncă să nu fie continuate la domiciliu, chiar şi în cazul în care biroul este în interiorul locuinţei. Dacă timpul liber este redus pentru a face loc unor activităţi legate de serviciu, simptomele stresului pot apare rapid.
- *izolarea, delimitarea activităţilor de serviciu şi celor cotidiene* – tehnologiile actuale, cum sunt telefoanele mobile şi internetul, fac posibilă comunicarea cu oricine, inclusiv colegi şi clienţi, oricînd şi oriunde. Nu trebuie permis ca tehnologia să anuleze graniţele dintre timpul petrecut la serviciu si timpul liber. Este indicat ca atunci cand nu este absolut necesar, telefonul de serviciu sa fie închis şi este bine ca în aceste perioade să se evite verificarea mail-ului de serviciu.

În afara programului normal de lucru, remedierea şi prevenirea oboselii se poate realiza prin reglementarea duratei zilei de lucru, a duratei săptămânii de lucru şi a concediilor de odihnă. În munca judecătorului remediile pentru epuizarea şi pentru oboseala profesională se pot asigura la două niveluri. La nivelul vieţii personale magistraţii trebuie să-şi structureze activităţile astfel încât acestea să le dea un sentiment de confort şi de siguranţă. Ei trebuie să aibă o viaţă activă în afara serviciului şi mediului acestuia. Al doilea nivel se referă la responsabilităţile manageriale care trebuie să vizeze ajutorarea magistraţilor afectaţi de oboseală profesională prin recunoaşterea simptomelor acestui fenomen şi prin instruirea personalului în vederea depistării lor. Pentru a nu permite răspândirea acestor simptome, judecătorii trebuie să le recunoască şi să le prevină ori de câte ori este posibil.

Măsurile pe care conducerea le poate lua pentru a reduce stresul în rândurile forţei de muncă, ar putea fie împărţite în două mari categorii:

A. măsuri de prevenire a stresului;

B. măsuri de reducere a stresului.

Primele au ca scop eliminarea potenţialului de situaţii stresante,

în timp ce ultimele încearcă să menţină stresul între limite rezonabile, atunci când se constată apariţia lui. Ambele categorii de măsuri sunt puse în practică mai degrabă la nivel organizaţional decât individual.

În cadrul studiului a fost elaborat programul de management al diagnosticului integral şi de corecţie a stresului professional la judecători,, care propune un management complex, sistemic şi integral la nivel territorial şi naţional. Valoarea practică a acestei propuneri este ameliorarea microclimatului profesional prin reducerea acţiunii nefaste a factorilor de risc şi evident îmbunătăţirea actului de justiţie la care nemijlocit participă judecătorii.

Astfel, pentru tratamentul şi profilaxia stresului cronic ocupaţional, am elaborat o metodă şi remediu, care conţine un amestec din suc de poamă (200 ml), glutamină (5 ml) şi 10 picături de aquagen. Preparatele se amestecă şi se folosesc ex – tempore per os de 3 ori pe parcursul zilei de muncă – la orele 9, 12 şi 15. Glutamina este un aminoacid cu rol decesiv în metabolismul azotului, aqugen – o formă de oxigen stabil, inofensiv pentru organismul uman, acţionează etiopatogenic micşorînd hipoxia şi minimalizînd concentrţia radicalilor liberi. Cura de tratament este prevăzută pentru 21 zile.

De asemenea, în cadrul acestui studiu au fost elaborate şi propuse următoarele metode:

- metoda de tratament a nevrozelor la judecători, care include un regim alimentar specific şi administrarea de fitopreparate (Mereuţă I., Rotaru Gh., Carauş V.).
- managementul tratamentului disomniilor la judecători, care include în sine electrosomnul şi tiaminizarea (Mereuţă I., Tintiuc D., Rotaru Gh.).
- managementul de tratament a stresului psihoemoţional la judecători, care include sala de relaxare, securitatea şi sănătatea la locul de muncă, administrarea Balsamului „Făt-Frumos“, o metodă specifică de acupunctură, elemente de psihoterapie (Mereuţă I., Rotaru Gh., Munteanu L.).

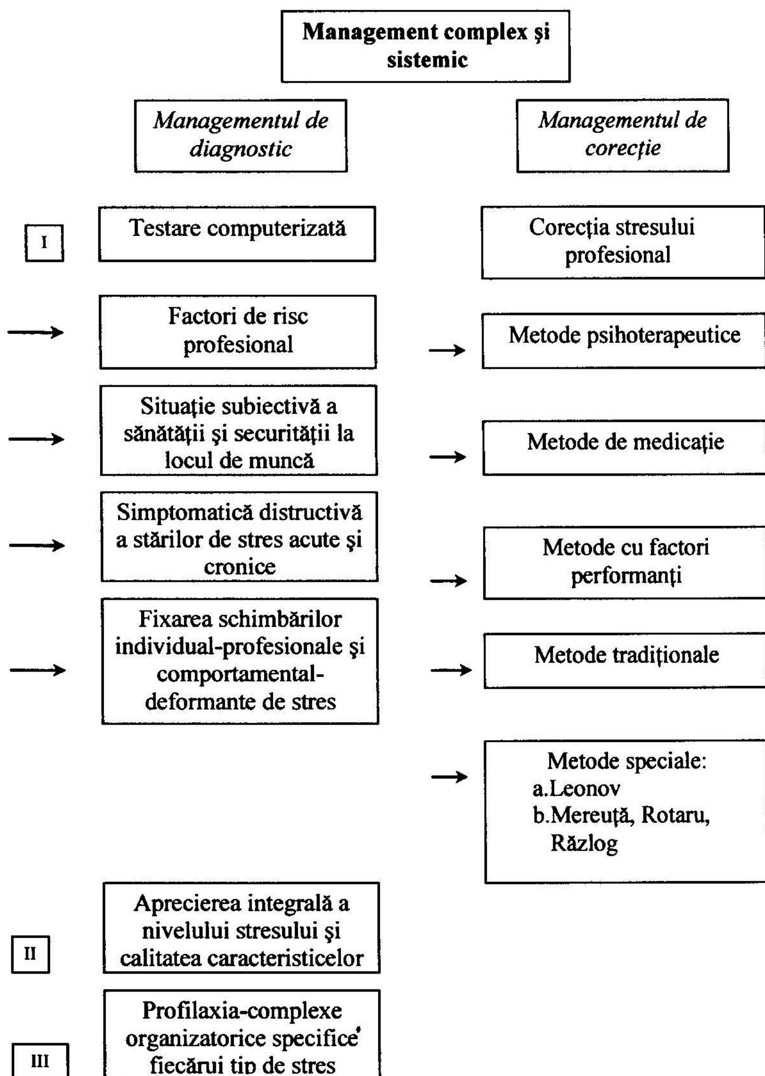


Fig.4.3. Managementul diagnosticului integral şi de corecţie a stresului profesional la judecători – *Mereuţă I., Rotaru Gh., Răzlog I. (Anexa 4)*

Prevenirea stresului este greu de atins, există însă unele măsuri ce pot fi luate pentru a furniza magistraţilor stimulentele necesare, fără a provoca o acumulare cronică de stres.

Iată câteva exemple:

- definirea posturilor într-o manieră care să permită un grad maxim de exercitare a competenţelor şi discernământului propriu de către deţinătorul postului, incorporând sarcini suficient de variate şi de dificile pentru a-i menţine interesul treaz;
- încurajarea comunicării între judecători, precum şi pe verticală, de-a lungul lanţului ierarhic managerial, precum şi asigurarea unui feedback constructiv către fiecare individ (privind rezultatele muncii, evaluarea de personal etc.);
- delegarea autorităţii de decizie în aşa fel încât la fiecare nivel al organizaţiei oamenii să poată lua parte la deciziile care le influenţează munca şi posibilităţile de promovare;
- dezvoltarea unei culturi organizaţionale în care atitudinea faţă de angajaţi este una pozitivă;
- asigurarea unor servicii calificate de consiliere.

Printre măsurile de reducere a stresului menţionăm următoarele:

- limitarea complexităţii procedurale şi de altă natură în executarea sarcinilor;
- asigurarea posibilităţii de comunicare între judecători, să-şi poată exprima opiniile în faţa colegilor, şefilor etc;
- asigurarea de facilităţi sociale, medicale şi sportive;
- asigurarea de facilităţi materiale, cum ar fi masa la cantină şi grupuri sanitare adecvate.

Un program de managementul stresului este util pentru:

- a oferi o modalitate specializată şi confidenţială de a trata şi reduce stresul judecătorilot şi al familiei acestora, cat şi de a imbunătăţi abilităţile acestora de a face faţă evenimentelor negative.
- a creşte eficienţa şi eficacitatea actului de justiţie.
- a reduce plangerile publicului, inclusive şi cele referitoare la comportamentele necorespunzătoare ale magistraţior.

- a reduce centrarea negativă a mass-mediei pe activitatea instituției judiciare.
- a imbunătăți starea generală de bunăstare a personalului și a familiei acestuia.

Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători trebuie început înca de la angajarea în funcție. Fiecare candidat la funcția de judecător pe lîngă examenul medical obligator, care apreciază sănătatea somatică, ar trebui să treacă testarea psihologică, care va aprecia și starea psihologică a candidaților, rezistența la situații stresante etc. Totodată, anual în cadrul examenului medical obligator a judecătorilor este absolut necesar de apreciat nivelul sănătații somatice și psihice, de luat masuri de corecție a dereglărilor depistate. Pentru prevenirea reacțiilor neadecvate în situații stresante, este nevoie de un șir de măsuri – respectarea unui regim de lucru și odihnă, care include ziua de lucru de 8 ore, numărul dosarelor examinate să nu influiențeze calitatea, adică corectitudinea decizională, asigurarea judecătoriilor cu judecători conform necesităților, asigurarea securitătii judecătorilor, asigurarea accesului la serviciile medicale solicitate, asistarea psihologică în incinta judecătoriilor de către un serviciu specializat. Din propunerile pentru organizarea și îmbunătățirea serviciilor medicale oferite judecătorilor trebuie menționate următoarele:

- accesul la serviciile de sănătate; judecătorii nu au o clinică specializată unde se pot adresa, iar regimul de lucru și izolarea socială fac dificilă adresarea la medicul de familie;
- controlul medical anual obligatoriu într-o clinică specializată, cu aprecierea profilului de competență;
- evidență dispanserică permanentă cu asigurarea tratamentului necesar, inclusiv sanatorial;
- amenajarea oficiilor de recuperare neuropsihică în incinta judecătoriilor.

În prezent, activitatea profesională a judecătorilor este considerată printre cele mai stresante ocupații, argumentele

prezentate sunt suficient de puternice pentru a justifica necesitatea dezvoltării unor astfel de strategii destinate prevenirii, diminuării sau controlării stresului ocupaţional. Prin această primă lucrare pe tema stresul profesional la judecători, încercăm să realizăm un prim pas spre implementarea unor astfel de programe care să ajute magistraţii să înţeleagă mai bine:

- factorii de stres cu care se confruntă în activitate;
- modul în care se manifestă stresul şi consecinţele pe care acesta le poate avea;
- modalităţile pe care le pot utiliza pentru a face faţă mai bine evenimentelor în care sunt implicaţi.

4.3. Concluzii

1. Majoritatea judecătorilor prezintă un nivel înalt (44,93%) şi mediu (29,31%) de rezistenţă la stres. Totuşi, 25% din respondenţi manifestă rezistenţă scăzută în condiţiile suprasolicitării psihoemoţionale permanente.

2. Rezistenţa la stres depinde de anumite atribute înscrise în sfera personalităţii. Judecătorii cu rezistenţă înaltă la stres sunt mai siguri pe sine, independenţi, au o tendinţă spre dominare, sunt insistenţi spre deosebire de cei cu nivel de rezistenţă scăzută, care au un grad mediu de afirmare de sine.

3. Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători include un şir de măsuri, care trebuie începute în perioada studiilor la facultate, evaluate în momentul angajării în funcţie şi prelungite pe toată perioada activităţii profesionale a judecătorilor.

4. Pentru tratamentul şi profilaxia stresului cronic ocupaţional am elaborat o metodă şi remediu, care conţine un amestec din suc de poamă (200 ml), glutamină (5 ml) şi 10 picături de aquagen. Metoda dată se află acum în faza de implementare.

Concluzii şi recomandări

1. Particularităţile activităţii profesionale a judecătorilor permit a considera această activitate înalt stresogenă. Pentru judecători factorii stresogeni, care negativ influenţează starea sănătăţii somatice şi psihice sunt volumul de lucru în creştere permanentă, insuficienţa de timp, legislaţia în continuă reformare, caracterul public al activităţii sale etc. Ponderea cea mai mare în influenţa negativă a activităţii judecătorilor o are izolarea socială, fenomen caracteristic pentru circa ¾ din magistraţi. Identificarea corect a riscurilor profesionale şi supravegherea acestora la locul de muncă reprezintă domeniul de bază al activităţii serviciilor de sănătate publică.

2. Pe baza rezultatelor testării psihometrice au fost evidenţiate 5 grupuri tipologice: hipertim (15,34%), hiperperseverent (11,78%), histrionic (10,41%), anxios (8,77 %), depresiv (5,21%). Apartenenţa de grup este determinată de particularităţile de personalitate a magistraţilor şi de acţiunea factorilor stresanţi, care contribuie la formarea şi dezvoltarea stărilor adaptive a personalităţii.

3. Rezistenţa la stres este dependentă de particularităţile de personalitate şi este manifestată diferit în grupurile tipologice formate. Astfel, cea mai mare rezistenţă este caracteristică pentru respondenţii din grupul hipertim, iar mai puţin exprimată – în grupul depresiv. Rezistenţa la acţiunea factorilor nocivi ai activităţii profesionale, la efectele fenomenului de oboseală, capacitatea de echilibrare psihică sunt unele din abilităţile psihologice necesare persoanei pretendente la funcţia de magistrat. Majoritatea judecătorilor prezintă un nivel

înalt (44,93%) şi mediu (29,31%) de rezistenţă la stres. Totuşi, 25% din respondenţi manifestă rezistenţă scăzută în condiţiile suprasolicitării psihoemoţionale permanente.

4. Morbiditatea psihosomatică a judecătorilor este influenţată atît de factori extensivi – stajul juridic general, durata activităţii în funcţie de judecător, numărul dosarelor examinate, cît şi de factori cu caracter calitativ – caracterul dosarelor examinate, implicarea emoţională, satisfacţia profesională etc. În structura morbidităţii somatice la judecători predomină afecţiunile sistemului cardiovascular – 53,15%, fiind urmate de bolile sistemului digestiv – 25,21%, afecţiuni bronhopulmonare cronice obstructive – 16,99%, afecţiunile nefrourinare – 9,04%, diabet zaharat – 5,61%. Cunoaşterea stării sănătăţii a magistrtilor, a morbidităţii ei prin patologii anumite conduce la identificarea nevoilor de servicii de sănătate la acest contingent şi implicit elaborarea măsurilor profilactice pentru prevenirea îmbolnăvirilor.

5. Profilul magistratului trebuie să cuprindă toate competenţele absolut necesare şi suficiente satisfacerii cerinţelor de bază ale profesiunii de magistrat, cerinţe derivate, la rândul lor, din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM.

6. Rezultatele studiului propun implementarea unor măsuri importante pentru protecţia sănătăţii la acest contingent prin adoptarea politicii managementului integrat de reabilitare şi reintegrare profesională a judecătorilor cu boli cronice aflaţi în dispensarizare activă şi de refacere a capacităţii de muncă.

7. Metodele şi recomandările elaborate în cadrul studiului pot fi utilizate la crearea şi implementarea unui program complex de tratament şi profilaxie a stresului ocupaţional la judecători

Recomandări practice

1. Optimizarea condiţiilor de monitorizare a stării de sănătate a judecătorilor prin organizarea unui control medical anual într-o

instituţie medicală republicană, care trebuie să includă aprecierea stării somatice şi psihice, urmată de elaborarea concluziei respective în conformitate cu competenţele profesionale.

2. Întroducerea în programul de examinare a candidaţilor la funcţia de magistrat a cercetării psihodiagnostice, cu scopul evidenţierii particularităţilor de personalitate a candidatului şi corespunderea cu profilul de personalitate a magistraţilor.

3. Includerea în programul de studiu la facultatea de drept a unui compartiment, care va conţine studierea stresului ocupaţional şi mecanismelor de coping.

4. Organizarea serviciului psihologic în sistemul judecătoresc, care prevede introducerea funcţiei de psiholog-consultant în judecătorii şi amenajarea oficiilor de recuperare neuropsihică în incinta judecătoriilor.

5. Efectuarea concilierii în problemele de sănătate şi securitate în muncă a judecătorilor, avînd datoria de a semnala şi comunica riscurile profesionale, pentru luarea unor măsuri precoce de profilaxie tehnico-organizatorică şi medicală.

BIBLIOGRAFIE

1. Ackerman P., Heggestad E. Intelligence, personality and interests: Evidence for overlapping traits. In: Psychological Bulletin, nr. 121, 1997, p. 218-245.

2. Allport G. Structura şi dezvoltarea personalităţii. Bucureşti: Didactică şi Pedagogică, 1981. 512 p.

3. Ameille J., Brochard P., Pairon J.-C. Amiante et pathologie professionnelle. Paris: Masson, 2000. 187 p.

4. Anestiadi Z., Zota L. Epidemiologia diabetului zaharat în Republica Moldova. In: Congresul II de Medicină Internă cu participare internaţională, 24-26 octombrie 2007. Volum de rezumate,Chişinău, 2007, 229 p.

5. Antoniou A.-S., Cooper C. Research companion to organizational health psychology. Northampton: Edward Elgar, 2005. 695 p.

6. Anuar de statistică sanitară "Sănătatea Publică în Moldova". Centrul Ştiinţifico-Practic Sănătate Publică şi Management Sanitar, a. 2003 -2007, 560 p.

7. Anuarul statistic al Republicii Moldova 2008. Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, Chişinău, 2008. 580 p.

8. Arteni I., Ţăbîrnă I.; Bezu Gh. Morbiditatea generală şi incidenţa complicaţiilor ulcerului gastroduodenal înregistrate în ultimul deceniu în Republica Moldova. In: Anale ştiinţifice / USMF „Nicolae Testemiţanu", 2005, ed.VI, Vol. IIIA, p.313-317.

9. Băban A. Rolul mediatorilor psihologici în evaluarea şi adaptarea la stres. Cluj-Napoca: Polirom, 1997. 146 p.

10. Băban A. Stres şi personalitate. Cluj-Napoca: Dacia, 1998. 124 p.

11. Baranski B., Biemas P. Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services Worl Health Organization in Regional Office for Europe, 1998, p.110 – 115.

12. Barsky A., Borus J. Functional somatic syndroms. In: Ann Intern Med., 1999, vol. 130, p. 910-921.

13. Batty G., Deary I. Early life intelligence and adult health. In: British Medical Journal, nr. 329, 2004, p. 585-586.

14. Bebih V., Iachim V. Probleme actuale privind munca şi sănătatea lucrătorilor medicali. In: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Republicii Moldova. Chişinău : Ştiinţa. 2006, p. 88 – 94.

15. Berntson G., Bigger J., Eckberg D. et al. Heart rate variability: origins, methods, and interpretive caveats. In: Psychophysiology, 1997, V.414(4), p. 454-468.

16. Besdaga V., Ştefăneţ S., Bivol O. Accesul populaţiei din Republica Moldova la serviciile de sănătate. UNICEF: Gunivas, 2001. 104 p.

17. Bezu G., Ţăbîrnă I., Feghiu M., Bugai R., 2003. Caracteristici psihologice la bolnavii cu ulcer gastric şi duodenal cu statut social divers. In: Anale Ştiinţifice consacrate zilelor universităţii 17-18 octombrie 2003, Vol.II, ed.IV, Chişinău: Centrul Ed. - poligr. al USMF "Nicolae Testemiţanu" , p.142.

18. Bivol A., Spinei L. Morbiditatea prin maladiile tractului gastrointestinal la adulţi în Republica Moldova. In: Materialele Conferinţei Ştiinţifice a Colaboratorilor şi Studenţilor USMF „N. Testemiţanu" „60 de ani de învăţămant superior medical în Republica Moldova", Chişinău, 2005, p.36-38.

19. Bosma H. şi al. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. In: British Medical Journal, nr. 314, 1997, p. 70-80.

20. Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. Traité de santé Publique. Paris: Flammarion médecine-sciences, 2007. 745 p.

21. Bucun N., Mereuţă I., Rotaru Gh. Particularităţi de personalitate a judecătorilor în condiţiile stresului profesional permanent. In: Psihologie. Pedagogie specială. Asistenţă socială, 2009, nr. 4 (17), p. 7 – 16.

22. Buffardi L., Fleishman E., Morath R. Relationships between human ability requirements and human errors in job tasks. In: Journal of Applied Psychology, 2000, nr. 85, p. 551-564.

23. Butoi T. Psihologie judiciara. Bucuresti: Fundatia Romania de Maine, 2003. 346 p.

24. Byrne, Z., Kacmar, C., Stoner, J. The relationship between perceptions of politics and depressed mood at work: Unique moderators across three levels. In: *Journal of Occupational Health Psychology, 2005,* nr. 10, p. 330-343.

25. Calenici E. Psihosomatica – model de integrare a medicinei moderne. In: Mater. conf. ştiinţ. a colaboratorilor şi studenţilor Zilele Universităţii de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemiţanu", 17-19 octombrie 2007. p. 499-502.

26. Calenici E. Rolul factorilor de risc în apariţia şi evoluţia hipertensiunii arteriale esenţiale. In: Materialele Conferinţei Internaţionale „Instruirea specialiştilor pentru Asistenţa Medicală Primară", Chişinău, 11 aprilie 2003, p. 237-239.

27. Calnan M., Wainwright D., Almond S. Job strain, Effort-Reward imbalance and mental distress: A study of occupations in general medical practice. In: Work and Stress, 2000, nr. 14, p. 297-311.

28. Cameron J., Zimmerman I., Dowling M. The Chief Justice and the Court Administrator: The Evolving Relationship. West Pub. Co., 1987. 55 p.

29. Capotescu R. Stresul ocupaţional. Teorii, modele, aplicaţii. Iaşi: Lumen, 2006. 118 p.

30. Carver C., Scheier M. Assessing Coping Strategies: A

Theoretically Based Approach. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 56, nr. 2, 1989, p. 267-283.

31. Clima N. Ju-decătorul - factorul cheie în asigurarea efectuării unei justiţii independente, imparţiale şi eficiente. Raportul Preşedintelui Consiliului Superior al Magistraturii Nicolae Clima prezentat la Adunarea anuală a Judecătorilor la 06.02.2009.

32. Cocîrlă A. Medicina ocupaţională, în 2 vol. Cluj - Napoca: Universitaria, 2008, 1552 p.

33. Cooper C., Cartwright S. Healthy mind: healthy organization-a proactive approach to occupational stress. In: Human Relations, 1994, nr. 47, p. 455-471.

34. Cooper C., Dewe Ph., O'Driscoll M. Organizational stress: a review and critique of theory, research. New York: Sage, 2001. 270 p.

35. Cosmovici A. Psihologie generală. Iaşi: Polirom, 1996. 290 p.

36. Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzalez E. Research on work-related stress //Belgium: European Agency for Safety and Health at Work, 2000, 134 p.

37. Cox T., Thompson L. Organizational healthiness: Work-related stress and employee health. In: Coping, Health and Organizations, 2000, p. 173-190.

38. Cucu I. Medicina psihosomatica. Bucureşti: Litera, 1981. 214 p.

39. Derevenco P., Băban A., Ion A. Stresul în sănătate şi boală. Cluj-Napoca: Dacia, 1992. 136p.

40. Dunareanu I. Justitie, judecator, management. Bucuresti: CH Beck, 2005. 352 p.

41. Dyevre P., Leger D. Médecine du travail :approches de la santé au travail. Paris: Masson, 2003. 333 p.

42. Earnshaw J., Cooper C. Stress and Employer Liability. - London: Institute of Personnel and Development (IPD), 2001. 78p.

43. Eells T., Showalter C. Work-related stress in American trial judges. In: Bull. Amer. Acad. Psychiatry & the Law, nr. 22(1), 1994, p. 71-83.

44. English R. Judgment days. In: BBC Worldwide, nr.16, 1994, p. 24-28.

45. Eţco C. Factorii ce influenţează sănătatea publică. In: Materialele conferinţei ştiinţifice anuale ale colaboratorilor USMF "N. Testemiţanu", 1996, p. 38-41.

46. European Commission, Guidance on Risk Assessment at Work, Brussels: European Commission, 1996. 124 p.

47. Fahnestock K. The loneliness of command - One perspective on judicial isolation. In: Judges Journal, 1991, Vol. 12, p. 30.

48. Feldmann T., Bell R. Juror stress: identification and intervention. In: Bull. Amer. Acad. Psychiatry & the Law, 1993, nr. 21(4), p. 409-417.

49. Folkman S., Moskowitz J. Positive Affect and the Other Side of Coping. In: American Psychologist, Vol. 55, nr. 6, 2000, p. 647-654.

50. Franz A. Medicina psihosomatică. Bucureşti: TREI, 2008. 350p.

51. Friptuleac G., Meşina V. Sănătatea şi factorii ocupaţionali. Chisinau: Bons Offices, 2006. 130 p.

52. Furculiţă M. Stările obsesiv-fobice în tulburările organice. In: Anale ştiinţifice ale USMF „N. Testemiţanu", Chişinău, 2002, vol. 2, p. 395- 398.

53. Gavăt V. şi al. Factori de risc din mediu şi sănătatea, Iaşi: EditDan, 2001. 164 p.

54. Goleman D. Vital Lies, Simple Truths. London: Bloomsbury, 1997. 182 p.

55. Golu, M. Dinamica personalităţii, Bucureşti: Geneze, 1993. 334 p.

56. Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health. WHO Regional Office for Europe, 2002, 92 p.

57. Hardy S., Carson J., Thomas B. Occupational Stress: Personal and Professional Approaches. Cheltenham: Stanley Thornes, 1998. 216 p.

58. Iamandescu I. Psihologie medicală. Bucureşti: Infomedica, 1996. 182 p.

59. Ionescu Ş., Jacquet M.-M., Lhote C. Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice. Iaşi: Polirom, 2002. 314 p.

60. Jarvinen L., Jokinen J. Type A Behavior, Coping Mechanisms and Emotions Related to Somatic Risk Reactions of Coronary Heart Disease. In: Journal of Psychosomatic Research, 1989, nr. 33, p. 234-238.

61. Kachigan S. Statistical analysis: An interdisciplinary introduction to univariate & multivariate methods. New York: Redius Press,1986. 303 p.

62. Kaplan S., Winget C. The occupational hazards of jury duty. In: *Bull. Amer. Acad. Psychiatry & the Law, 1992, nr.* 20(3), p. 325-333.

63. Kendall E., Murphy P., O'Neill V. Occupational stress: Factors that contribute to its occurrence and effective management. Centre for Human Services, Griffith University, 2000. 158 p.

64. King J. White-collar reactions to job insecurity and the role of the psychological contract: implications for human resource management. In: Human Resource Management, 2000, nr. 39, p.79-91.

65. Kirby M. Judicial Stress. In: Annual conference of the local courts of New South Wales, 1995, p. 124-137.

66. Kivimaeki M. şi al. Contingent employment, health and sickness absence. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2001, nr. 27, p. 365-372.

67. Lazarus R. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. In: Psychosomatic Medicine, 1993, nr. 55, p. 234-247.

68. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984. 196 p.

69. Lazarus R., Folkman S. The concept of coping. In: Monat A., Lazarus R., editor Stress and Coping, New York: Columbia University Press, 1991, p. 82-94.

70. Lazarus R. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill, 1986. 284 p.

71. Ledoux J. In search of an Emotional System in the Brain Leaping from fear to Emotion and Consciousness. In: The Cognitive Neuroscience, 1995, vol. 7, nr.5, p. 1049-1062.

72. Levi L. Stress and distress in response to psychosocial stimuli. In: Acta med. scand., 1972, Suppl. 528, p.153-166 .

73. Liverani M. Mid-life crisis or epiphany? In: Law Soc. J. (NSW), 1994, Vol. 9, p. 46.

74. Legea RM nr. 514 - XIII din 06 iulie 1995 cu privire la organizarea judecătoreasca. In: MO al R.M. nr. 58/641 din 19.10.95.

75. Legea RM nr. 544 - XIII din 20 iulie 1995 cu privire la statutul judecătorului. In: MO al R.M. nr. 59-60/664 din 26.10.1995.

76. Legea RM nr. 949 – XIII din 19.07.1996 cu privire la colegiul de calificare şi atestare judecătorilor. In: MO al R.M. nr. 61-62/605 din 20.09.1996.

77. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F. Boli psihosomatice în practica medicală. Bucureşti, Editura Medicală, 2000, 235 p.

78. Malik M. Heart rate variability. In: Curr. Opin. Cardiol., 1998, nr. 13(1), p. 36-44.

79. Maureen F. Et al. Occupational stress in the service professions. London: CRC Press, 2003. 423 p.

80. Masa Rotundă Internaţională „Reforma sistemului de justiţie in Republica Moldova. Standarde europene şi realităţi naţionale", Chişinău, 15 iunie, 2009. Chişinău : Popitipcom, 2009. 88 p.

81. Mccaffery J., Snieder H., Dong Y. Genetics in Psychosomatic Medicine: Research Designs and Statistical Approaches. In: Psychosom Med., 2007, vol. 69, p. 206-216.

82. Mereuţă I., Rotaru Gh. Influienţa factorilor nocivi ai activitaţii profesionale asupra sanataţii judecătorilor. In : Avocatul poporului, 2009, nr. 3, p. 5 – 7.

83. Mereuţă I., Rotaru Gh. Profilul de personalitate a magistraţilor. In: Info – Med, 2009, nr. 1 (15), p.52 – 54.

84. Mereuţă I., Rotaru Gh., Timofte N. Factorii de risc profesional şi morbiditatea judecătorilor – problemă primordială statului de drept (studiu bibliografic). In : Info-Med , 2007, N2 (12), p. 3 – 6.

85. Mereuţă I., Rotaru Gh., Timofte N. Sănătatea judecătorilor - o problemă majoră a societăţii noastre. In: Materialele Conferinţei a XIII-a Ştiinţifice Internaţionale 26-27 martie 2008 „Bioetica, filosofia, economia şi medicina în strategia de asigurare a securităţii umane", Chişinău, 2008: Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „N. Testemiţanu", p. 244 – 246.

86. Mereuţă I. şi al. Sănătatea publică şi management sanitar. Chişinău. 2000, 367 p.

87. Miclea M. Mecanisme psihice de autoreglare în condiţii de stres. Cluj-Napoca: Polirom, 1997. 142 p.

88. Minulescu M. Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică. Bucureşti: Garell Publishing Haus, 1996. 122 p.

89. Nacu A., Calenici E. Despre relaţiile psihosomatice. In: Materialele Conferinţei internaţionale de psihiatrie, Chişinău, 13-14 noembrie, 1997, p. 22.

90. Neenan M., Palmer S. Stress & Stress Management Counselling. In: International Stress Management Journal, 1998, Vol. 10, nr. 4, p.84-95.

91. Neenan M., Palmer S. Stress Counselling: A Cognitive-Behavioural. International Stress Management Journal, 1996, Vol. 8, nr. 4, p. 143-152.

92. Opopol N., Băhnărel I., Pantea V. Sănătatea populaţiei - scop primar al dezvoltării durabile. In: Materialele conf. şt.-pract. a CNŞPMP „Medicina Preventivă – strategie oportună a sistemului de sănătate". Chişinău, 2005, p. 234-242.

93. Opopol N. şi al. Sănătatea populaţiei în relaţie cu factorul alimentar. In: Materialele conferinţei naţionale, Chişinău, 2001, p. 35-44.

94. Osoianu T. Reforma judiciara şi de drept în Republica Moldova- condiţie necesară în vederea integrării europene. Chişinău, 2004. 48 p.

95. Păuncu A. Bolile profesionale la personalul medical. In: Revista Română de Medicina Muncii, 2000, vol. 50 , nr. 12, p. 24 – 31.

96. Pentel J., Mazeau V. Santé publique : médecine légale, médecine du travail. Paris: Med – Line, 2005. 202 p.

97. Popa S., Cepoida P. Ulcerul de stres: stare actuală a problemei. In: Anale Ştiinţifice consacrate zilelor universităţii 2003, vol.II ed.IV, Centrul Ed.-poligr. al USMF "Nicolae Testemiţanu", Chişinău, p.153-157.

98. Popovici F. Unele aspecte ale eticii judiciare şi responsabilitatea judecătorului în Republica Moldova, Chişinău, 2000. 72 p.

99. Popovici M. şi al. Incidenţa hipertensiunii arteriale şi a factorilor de risc care o determină în populaţia rurală a Republicii Moldova. In: Curierul medical, 2005, nr. 4 (286), p. 5 – 10.

100. Pretzer J. şi al. Stress & Stress Management: A Cognitive View. In: Journal of Cognitive Psychotherapy, 1989. Vol. 3 (3), p. 163-179.

101. Raport de activitate al instanţelor judecătoreşti pentru anul 2007. Ministerul Justiţiei al RM, Chişinău 2008. http://www.justice.gov.md/. (vizitat 01.09.2008).

102. Rick, J., Hillage, J., Honey S. Stress: Big Issue, but What are the Problems? London: Institute for Employment Studies, 1997. 184 p.

103. Rogers J., Freeman S. The Occupational Stress of Judges. In: Canadian J. of psychiatry, 1991, Vol. 36, p. 317.

104. Rotaru Gh. Aspectele psihosociale ale morbidităţii judecătorilor. In: Sănătatea publică, economie şi management în medicină, 2009, nr. 3(30), p. 13 – 16.

105. Rotaru Gh. Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători. In : Info-Med, 2009, nr. 1(15), p. 48 – 52.

106. Rotaru Gh., Mereuţă I. Bioetica şi justiţia. In: Materialele Conferinţei a XIV-a Ştiinţifice Internaţionale 10-11 aprilie 2009 „Bioetica, filosofia şi medicina în strategia de asigurare a securităţii umane", Chişinău, 2009: Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „N. Testemiţanu", p. 109 – 112.

107. Rotaru Gh., Mereuţă I. Stresul profesional şi morbiditatea psihosomatică a judecătorilor. In : Info-Med, 2008, nr. 1(13), p. 3 – 6.

108. Roure-Mariotti M. Psychopathologie et médecine du travail. Paris: Masson, 1984. 140 p.

109. Roure-Mariotti M. , Pierre C. Medecine et risque au travail. Guide du medecine en milieu de travail. Paris: Elsevier Masson, 2002. 693 p.

110. Ross R., Altmaier E. Intervention in Occupational Stress: a handbook of counselling for stress at work. London: Thousand Oaks, New Delphi, 1994. 196 p.

111. Rusnac S. Psihologia Dreptului. Chişinău, ARC, 2000. 312 p.

112. Săhleanu V., Athanasiu A. Psihologia profesiunii medicale. Bucureşti, Ed. Ştiinţifică, 1973. 374 p.

113. Sănătatea Publică în Moldova. Anuar statistic 2007. Chişinău, 2008, 208 p.

114. Selye H. The stress concept: Past, present and future. In: C.L.Cooper, Ed. Stress research, New York: McGraw Hill, 1983, p.1-20.

115. Singer J., Salovey P. Mood And Memory: Evaluating The Network Theory Of Affect'.In Clinical Psychology Review, 1998, Vol. 8, p. 211-251.

116. Smith J. Stress – A Change of Direction. In: International Stress Management Journal, 1998, Vol. 8, nr. 4, p. 146-152.

117. Silion I., Cordoneanu C. Bazele medicinii muncii (teorie şi practică), Iaşi: PIM, 2003. 634 p.

118. Snyder C. Coping with stress: effective people and processes. New York: Oxford University Press, 2001, p. 4-6.

119. Snyder C. Coping: the psychology of what works. In: Clarendon Press. 2004, nr. 5, p. 3-20.

120. Statutul Asociaţiei Judecătorilor din Republica Moldova. In: Themis, Ediţie Specială, Buletin informativ, nr.3, 2000.

121. Suarez E., Kuhn C., Schanberg S. Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: the role of interpersonal challenge. In:Psychosom Med., 1998, vol. 60, p. 78–88.

122. Sullivan S., Bhagat, R. Organizational Stress, Job Satisfaction and Job Performance: Where Do We Go from Here. In: Journal of Management, 1992, nr.3, p.282 - 296.

123. Thomas J. A down-under circuit: the life of a judge in the remoter parts of Australia. In: Judicature, 1991, Vol. 74, p. 208.

124. Tintiuc D. şi al., Medicina socială şi Management. Chişinău, CEP Medicina, 2002, 720 p.

125. Tsuji H., Venditi F., Manders E. Reduced heart rate variability and mortality risk in an elderly cohort: The Framingham heart study. In: Circulation. 1994, V.90, p. 878-883.

126. Tulchinsky T., Varavikova E. Noua Sănătate Publică, San Diego, California: Academic Press, 2003. 723 p.

127. Van Pradelles de Palmaert S., Clozel T. Santé publique médecine légale, Paris, Masson, 2007, 97 p.

128. Vasilescu A. şi al. De la concept la terapie în bolile psihosomatice. Bucuresti : Trei, 2008, 136 p.

129. Vlădescu C. Managementul serviciilor de sănătate. Bucureşti: Expert, 2000. 335 p.

130. Weiner N. et al. Safe and Secure: Protecting Judicial Officials. In: Court Review, 2000, Vol. 36, Issue 4, p. 26-33.

131. White B. The special role of State judges. In: Judges Journal, 1991, Vol. 2, p.6.

132. WHO Regional Office for Europe., Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health. Copenhagen, 2003, 88 p.

133. Yan L. et al. Psychosocial factors and risk for hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults

(CARDIA) study. In: Journal of the American Medical Association, 2003, vol. 290, p. 2138-2148.

134. Zimmerman I. Dealing With Professional Stress: Insights for Judges. In: The Boston B.J., 1987, Nov./Dec., p. 39.

135. Zimmerman I. Isolation in the Judicial Career. In: Judges Journal, 2000, Vol. 22, p.64 - 76.

136. Zimmerman I. Stress: What It Does to Judges and How It Can Be Lessened. In: The Judges Journal, A.B.A., 1981, Vol. 20, No. 3, p.98-104.

137. Zimmerman M.D. A New Approach to Court Reform. In: Judicature, 1998. Vol. 82, p. 108-109.

138. Zimmerman I.M. Dealing With Professional Stress:Insights for Judges, 1987. 102 p.

139. Zlate M. Tratat de psihologie organizational-managerială. Volumul al II-lea. Iasi: Polirom, 2007, p. 684.

140. Абульханова-Славская К.А. Деятельность и психология личности. Москва: Прогресс, 1980. 334 с.

141. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Институт Общегуманитарных Исследований, Москва, 2004, 336 с.

142. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозр. психиат.и мед. психол., 1992. - № 2. - с. 5-10.

143. Баранов А.А. Стрессоустойчивость и мастерство педагога. Ижевск, 1997, 108 с.

144. Березин Ф.Б. Мирошников М.П., Соколова Е.А. Методика многостороннего исследования личности. Москва: Фолиум., 1994, 174с.

145. Бодров А.В. Проблема преодоления стресса // Психологический журнал, 2006, Т. 27, № 2-3, с. 106-123.

146. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. Воронеж: Издательство «Институт практической психологии» 2001. 340 с.

147. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение // Гедеон Рихтер в СНГ, 2001, № 4, с. 28 – 33.

148. Гинзбург М.Р., Психологическое содержание личностного самоопределения // Вопросы психологии, 1994, №3, с.43-52.

149. Елисеев Ю.Ю., Психосоматические заболевания. Справочник. Москва: Изд. Эксмо, 2003, 608 с.

150. Еникеев М.И. Общая и юридическая психология (в двух частях). Москва: Юридическая литература, 1996. - 560 с.

151. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал, 2004, т. 25., №2. с. 86-92.

152. Менегетти А., Психосоматика, Москва: ННБФ «Онтопсихология», 2005, 360 с.

153. Мереуцэ И.Е., Ротару Г.С. Психосоматическая заболеваемость судей как следствие „судебного стресса” // Администратор суда, 2009, № 3, с. 29-31.

154. Павловский В., Степанов О. Судебной системе требуется психолог //Российская юстиция, 2004, №1, с. 12 -19.

155. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. Москва: 2001, с. 352.

156. Сандомирский М.Е., Психосоматика и телесная психотерапия. // Практическое руководство. Москва: «Класс», 2005, 592 с.

157. Сафин В.Ф. Психологические механизмы самоопределения личности/ Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 года, Спб, Изд-во С.-Петерб.ун-таб 2003.

158. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва: Прогресс, 1982, 123 с.

159. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Москва: Институт прикладной психологии., 2000, 512 с.

160. Степанов С., Глушкова Н. Профессиональная заболеваемость российских медиков. Сестринское дело, 2003, Nr. 2, с. 18-26.

161. Суворова В.В. Психофизиология стресса. Москва: Педагогика, 1975. 206 с.

162. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса, Москва: Педагогика, 1987. 138 с.

163. Сумароков И. Судебный стресс //Российская юстиция, 2003, №12, с. 60 – 63.

164. Топильская Л.Н. «Как нам обустроить судебную власть». Российская юстиция, № 11,2000, с. 22-25.

165. Фонарев А.Р. Формы становления личности в процессе ее профессионализации. // Вопросы психологии, 1997, № 2, с. 22-28.

166. Форманюк Т.В. Синдром профессионального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии, 1994, № 6, с.36-42.

167. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб: Питер, 2006. 255 с.

Anexe

Anexa 1

Metodologia de organizare a cercetării şi prelucrarea matematico-statistică a materialului

1. Caracteristica generală a cercetării

Cercetarea ştiinţifică actuală a încercat o analiză a aspectelor medico-sociale şi psihologice ale morbidităţii judecătorilor în RM şi determinarea factorilor de risc ai activităţii profesionale ce influenţează sănătatea lor. Cercetarea sociălă după May include: analiza statisticii oficiale, chestionarul, interviul, observaţia participativă, cercetarea documentară, cercetarea comparativă, principii ce au fost respectate în studiul dat. Scopul analizei morbidităţii este de a cunoaşte cît mai complet frecvenţa maladiilor la acest contingent şi tendinţele de evoluţie ale acestora. În analiza morbidităţii se va determina structura şi frecvenţa factorilor de risc în activitatea judecătorilor. Pentru atingerea scopului au fost utilizate următoarele metode:

- metoda istorică – cercetarea teoretică a surselor, conceptelor, abordărilor teoretice, metoda logică de analiză şi interpretare, sinteza teoretică;
- metoda teoretică – analiza documentară; culegerea informaţiei obiective (analiza documentelor instituţiilor medicale, rapoartelor anuale ale instituţiilor de profil);
- metoda sociologică – culegerea informaţiei sociologice în teren cu aplicarea chestionarului, interviuri;

- metoda statistică – analiza cantitativă şi calitativă a datelor colectate în cadrul studiului şi observaţiilor;
- metoda matematică – prelucrarea matematico-statistică a materialului primar.

Au fost efectuate trei tipuri fundamentale de comparaţii: demografice; geografice; temporale. Comparaţiile demografice iau în considerare caracteristici de persoană: vârsta, sexul, starea civilă, originea etnică şi indicatorii statutului socio-economic. Comparaţiile geografice iau în considerare caracteristici de loc. Comparaţiile temporale iau în considerare caracteristici de timp. În studiul morbidităţii se pot distinge trei direcţii metodologice: statistică, social-igienică, medico-organizatorică. Orientarea statistică include determinarea şi analiza structurii, nivelului şi cauzelor maladiilor la judecători. Obiectivul principal al direcţiei social-igienice se rezumă la cercetarea factorilor de risc şi cauzali. Analiza medico-organizatorică presupune depistarea deficienţelor în deservirea medicală a judecătorilor, inlăturarea cărora ar duce la micşorarea numărului de maladii. La etapa preliminară s-au evidenţiat un şir de obstacole obiective în îndeplinirea sarcinilor propuse, legate cu absenţa literaturii ştiinţifice pe problemele sănătăţii somatice şi psihice a judecătorilor. Lipsa practică a cercetărilor analogice, necesitatea formării unui aparat de cercetare cu includerea metodicilor necesare au cerut condiţii organizaţionale speciale pentru efectuarea cercetării. Programul de cercetare trebuia să fie cît mai laconic, fiindcă un volum mare a materialului propus contribuie la refuz de la cercetare pe măsura dezvoltării plictiselii şi motivaţiei joase pentru cercetare. Folosirea metodicelor tradiţionale, înalt informative, dar voluminoase în plan practic sunt imposibile. Pentru organizarea şi efectuarea studiului s-au îndeplinit în mod consecvent cele patru etape ale cercetării statistice:

1. întocmirea programului şi planului cercetării, determinarea eşantionului;
2. efectuarea cercetării pe teren cu acumularea informaţiei;
3. prelucrarea informaţiei culese („EpiInfo 2002");

4. analiza rezultatelor obţinute, elaborarea concluziilor şi recomandărilor.

Ipoteza cercetării – morbiditatea psihosomatică a judecătorilor, precum şi formarea personalităţii este influienţată de activitatea profesională a acestora.

Pentru colectarea datelor a fost elaborat un chestionar, care a avut un caracter confidenţial, a cărui menire principală constă în obţinerea unei informaţii autentice despre problema cercetată, despre chipul social studiat. Chestionarul reprezintă o serie de întrebări formulate în raport cu ipotezele cercetării, răspunsurile primite fiind folosite pentru verificarea acestora. Specificul activităţii profesionale a judecătorilor a impus întocmirea unui chestionar special (Anexa 1), care se baza pe principii structural - dinamice şi permite de analizat fiecare caz în parte, pe de o parte, şi a face o analiză statistică generalizată, pe de altă parte. Folosirea chestionarului „Judecătorii", elaborat special, orientat spre evidenţierea celor mai actuale probleme psihice, somatice şi sociale, caracterului activităţii profesionale, unor date anamnestice, e cauzat de necesitatea evidenţei activităţii profesionale specifice a judecătorilor, a factorilor profesionali negativi şi posibililor efecte asupra personalităţii judecătorilor. Chestionarul cuprinde trei parti :

- Date generale – de paşaport, anamnestice, inclusiv eredocolaterale, relaţii în familie etc;
- Activitatea profesională, inclusiv date concrete cantitative şi calitative;
- Starea psihosomatică a judecătorilor, răspîndirea dereglărilor de somn, morbiditatea, problemele actuale de asistenţă medicală a judecătorilor etc.

Toate anchetele au fost supuse unor acţiuni cum sunt controlul logic, numerotare, codificare generală şi medicală şi întroducerea informaţiei în computer. Pentru analiză s-au folosit de asemenea datele din fişele medicale de ambulator, rezultatele examinărilor altor specialişti şi datele metodelor suplimentare de cercetare pentru

concretizarea diagnozei. Pe baza rezultatelor cercetării s-a efectuat aprecierea fenomenologică, sindromologică şi nozologică a dereglărilor depistate. În toate cazurile procedura era parte componentă a examinării complexe, ce cuprindea inclusiv starea somatică a judecătorilor. În cazurile necesare pentru analiză s-au folosit rezultatele examinărilor altor specialişti şi datele metodelor suplimentare, folosite pentru concretizarea diagnozei somatice. La colectarea materialului factologic, pentru cercetarea psihodiagnostică, am utilizat:

1. Chestionarul caracterologic (H. Leonard, H. Schmieschek)
2. Chestionarul Hamilton pentru aprecierea prezenței şi gradului de depresie
3. Chestionarul Spilberger pentru aprecierea nivelului anxietății
4. Scala Holmes şi Rahe pentru aprecierea rezistenței la stres.

2. Caracteristica lotului de studiu

Numărul total de persoane examinate – 365, care reprezintă judecătorii din judecătoriile municipale şi raionale, judecătorii Curții Supreme de Justiție, judecătorii Curților de Apel.

Cercetarea a fost efectuată în două etape. La prima etapă au fost examinați judecătorii ce activează în judecătoriile raionale (206 persoane). Etapa a doua a cuprins în studiu judecătorii CSJ, CA şi din judecătoriile municipale (159 persoane).

Indicii medii (365 persoane):

- vîrsta medie– 47,2 ani
- 243 bărbați şi 122 femei, ce reprezintă respectiv 66,5% şi 33,5%.
- stajul juridic general – 24,6 ani
- stajul în funcție de judecător – 12,7 ani

Grupul de control au constituit 372 persoane – profesori din învățămîntul liceal. Indicii medii:

- vîrsta medie – 45,9 ani

• 205 bărbaţi şi 167 femei, ce reprezintă respectiv 55,11% şi 44,89%.

• stajul general – 25,9 ani

Profesorii au fost selectaţi din 3 raioane – Soroca, Orhei, Leova, reprezintînd centrele raionale şi cîte două sate situate la poluri diferite ale raionului. În selectarea persoanelor în grupul de control s-a ţinut cont de caracterul intelectual al muncii, prezenţa în activitatea profesională a contactului permanent cu oamenii şi absenţa legăturii cu sistemul judecătoresc.

Tabelul 1.

Caracteristica după varstă a lotului de studiu şi a lotului martor

Vîrsta	Lotul de studiu		Lotul martor	
30 – 39 ani	32	8,77%	34	9,14%
40 – 49 ani	162	44,38%	147	39,52%
50 – 59 ani	117	32,05%	128	34,41%
60 – 69 ani	54	14,80%	63	16,93%
Total	365	100 %	372	100%

Cercetarea grupului de control a inclus aceleaşi proceduri aplicate pentru judecătrori, în afară de chestionarul „Judecătorii", care reflectă datele profesionale, fiind înlocuit cu un chestionar specific profesiei respective.

Anexa 2

Chestionar "Judecătorii"

1. Vârsta (ani) - _______
2. Sex : a) M ☐
   b) F ☐
3. Starea familiară: a)celibatar,-ă ☐ c)divorțat,-ă ☐
   b)căsătorit,-ă ☐ d)văduv,-ă ☐
3. Locul permanent de trai : a) oraş ☐
   b) sat ☐
4. Locul activitații profesionale : a)municipiu ☐
   b) centru raional ☐
5. Vechimea în funcție de judecător (ani) - _______
6. Vechimea de munca în justiție (ani) - _______
7. Funcția(activitatea) deținută anterior - ________________
8. Numărul dosarelor examinate anual - ________
9. Caracterul predominant al dosarelor examinate:
   a) administrative ☐
   b) penale ☐
   c) mixt ☐
10. Ce schimbări au survenit în viața personală a D-voastră după numirea în functia de judecător?
   a)________________________
   b)________________________
   c)________________________
11. Ați căpătat în timpul activității profesionale careva deprinderi dăunătoare ?
- fumatul ☐ - hipodinamia ☐
- consum de alcool ☐ - alimentare nerațională ☐
- abuz de medicamente ☐
12. Sunteți predispus ereditar față de unele boli? Da ☐ Nu ☐
(precizați): ________________________________

13. Suferiţi de vre-o maladie cronică? Dacă da, indicaţi :
- Hipertensiune arterială ☐ - Boli sistemului degestiv ☐
- Diabet zaharat ☐ - Boli de piele ☐
- Boli bronhopulmonare ☐ - alte________________ ☐

14. Aţi constatat agravarea stării de sănatate in timpul unui anumit proces de judecată ?
Da ☐ Nu ☐

15. Aveţi dereglări de somn ?
- adesea ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

16. Care dereglări de somn predomină?
- adormire dificilă ☐ - oboseală dimineaţa ☐
- treziri frecvente ☐ - visuri, coşmar ☐

17. Vă simţiţi izolat, singur, chiar şi printre prieteni?
Da ☐ Nu ☐

18. Suferiţi de dureri de cap ?
- adesea ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

19. Vi se întâmplă să fiţi deranjat (jenat) de o stare de nervozitate, iritabilitate sau tensiune:
- adesea ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

20. Vi se întâmplă destul de des să fiţi cuprins de o senzatie de oboseala generala?
Da ☐ Nu ☐

21. Consideraţi că activitatea profesională a D-voastră influenţează sănătatea membrilor familiei, celor apropiaţi ?
Da ☐ Nu ☐

22. Cum apreciaţi pe o scară de la 1 la 5 (1-nesatisfăcător; 5-excelent) asigurarea asistenţei medicale judecătorilor ?

1-☐ 2-☐ 3-☐ 4-☐ 5-☐

23. Ce propuneri aveti pentru ca serviciile medicale oferite judecătorilor să corespundă dorinţelor şi cerinţelor D-voastră ?

a)____

b)____

c)____

24. Sunteţi optimist în privinţa carierei D-voastră?

a) da ☐
b) oarecum ☐
c) nu ☐

25. Care sunt proplemele predominante după părerea D-voastră:

- legate de sănătate ☐
- materiale ☐
- familiare ☐
- cariera profesional ☐

26. Suportati o suprasarcină profesională frecventă sau permanentă?

- deloc ☐
- uneori ☐
- deseori ☐
- permanent ☐

27.Sînteti dominat de sentimentul urgenţei şi/sau există o ambianţă puternic competitivă la locul D-voastra de muncă?

- deloc ☐
- uneori ☐
- deseori ☐
- permanent ☐

Anexa 3

CHESTIONARCARACTEROLOGIC
(H.Leonard, H. Schmieschek)

Vi se prezintă un şir de afirmaţii referitoare la caracterul D-voastră. Citiţi cu atenţie fiecare afirmaţie şi răspundeţi imediat, la rind prin „DA", dacă ceea ce conţine ea vi se potriveşte, sau prin „NU", dacă nu vi se potriveşte. Nu lăsaţi nici o întrebare fără răspuns.

		DA	NU
1.	În general sunteţi un om vioi şi fără griji?		
2.	Sunteţi sensibil la jigniri?		
3.	Vă dau uneori repede lacrimile?		
4.	Dupa ce aţi terminat cu bine o treabă oarecare, vi se întîmplă, totuşi, să vă îndoiţi că aţi făcut bine şi nu aveţi linişte pînă nu vă convingeţi încă o dată?		
5.	În copilărie aţi fost îndrăzneţ ca şi ceilalţi copii de vîrsta D-voastră?		
6.	Dispoziţia D-voastră este schimbătoare – de la mare bucurie la deprimare?		
7.	De obicei, într-o reuniune amicală, sunteţi în centrul atenţiei celorlalţi?		
8.	Sunt zile în care, fără vreun motiv evident, sunteţi indispus şi iritat, încît este mai bine să nu vi se adreseze nimeni?		
9.	Credeţi că sunteţi o persoană serioasă?		
10.	Sunteţi în stare să vă entuaziasmaţi puternic?		
11.	Sunteţi foarte întreprinzător?		
12.	Uitaţi uşor cînd cineva v-a jignit?		
13.	Sunteţi foarte milos?		
14.	Atunci cînd puneţi o scrisoare în cutie, obişnuiţi să controlaţi cu mîna, dacă plicul a intrat?		
15.	Aveţi ambiţia ca la locul de muncă să faceţi parte din cei mai buni?		
16.	Vă este frică (sau v-a fost cînd eraţi mic) de furtună şi de cîini?		
17.	Cred despre D-voastră unii oameni că sunteţi un pic pedant?		

18.	Dispoziţia D-voastră depinde de întîmplările prin care treceţi?		
19.	Sunteţi întotdeauna agreat, simpatizat de către cunoscuţii D-voastră?		
20.	Aveţi uneori stări de nelinişte şi de tensiune (încordare) puternică?		
21.	De obicei vă simţiţi apăsat de ceva, deprimat?		
22.	Aţi avut pînă acum crize de plîns sau crize nervoase (şoc) ?		
23.	Vă vine greu să staţi pe scaun un timp mai îndelungat?		
24.	Cînd cineva v-a făcut o nedreptate, luptaţi energic pentru interesele D-voastră?		
25.	Sunteţi în stare să tăiaţi un animal?		
26.	Vă supără faptul că acasă perdeaua sau faţa de masă sunt puţin cam strîmbe şi le îndreptaţi imediat?		
27.	Cînd eraţi copil, vă era frică să rămîneţi seara singur în casă?		
28.	Vi se schimbă des dispoziţia fără motiv?		
29.	În activitatea D-voastră profesională sunteţi deseori cel mai capabil?		
30.	Vă înfuriaţi repede?		
31.	Puteţi fi, cîteodată, cu adevărat exuberant, voios?		
32.	Puteţi uneori să trăiţi un sentiment de fericire deplină?		
33.	De obicei, spuneţi oamenilor în mod deschis părerea D-vostră?		
34.	Puteţi distra o societate, puteţi fi sufletul unei companii?		
35.	Vă impresionează dacă vedeţi singe?		
36.	Vă place o activitate cu mare răspundere personală?		
37.	Sunteţi înclinat să interveniţi pentru oamenii cărora li s-a făcut o nedreptate?		
38.	Vă este teamă să intraţi singur într-o pivniţă, într-o cameră întunecoasă?		
39.	Preferaţi activităţile care trebuie făcute încet şi foarte exact celor care pot fi făcute repede şi fără migală?		
40.	Sunteţi o persoană foarte sociabilă?		
41.	La şcoală vă plăcea să recitaţi poiezii?		
42.	Aţi fugit vreodată de acasă cînd eraţi copil?		
43.	Vi se pare grea viaţa?		
44.	Vi s-a întîmplat să fiţi atît de tulburat de conflicte şi necazuri, încît a fost imposibil să mai mergeţi la lucru?		
45.	S-ar putea spune despre D-voastră că, în general, nu vă pierdeţi prea repede buna dispoziţie atunci cînd aveţi un insucces?		
46.	Dacă v-a jignit cineva, faceţi primul pas spre împăcare?		
47.	Vă plac animalele?		

48.	Vă întoarceţi uneori din drum ca să vă convingeţi că acasă sau la locul de muncă totul este în regulă şi că nimic rău nu se poate întîmpla?		
49	Sunteţi citeodată chinuit de o frică inexplicabilă că D-voastră sau rudelor D-voastră li s-ar putea întîmpla ceva rău?		
50.	Credeţi că dispoziţia D-voastră depinde de starea vremii?		
51.	V-ar deranja cumva să vă urcaţi pe o scenă şi să vorbiţi în faţa unui public?		
52.	Cind cineva vă necăjeşte tare şi cu intenţie, aţi fi în stare să vă ieşiţi din fire şi să vă încăieraţi?		
53.	Vă plac mult petrecerile?		
54.	Vă simţiţi adînc descurajat cînd aveţi decepţii?		
55.	Vă place o muncă unde D-voastră trebuie să organizaţi mult?		
56.	În mod obişnuit urmăriţi insistent scopul pe care vi l-aţi propus, chiar dacă întîmpinaţi obstacole?		
57.	Poate să vă impresioneze într-atît un film tragic, încît să vă dea lacrimile?		
58.	Vi se întîmplă să adormiţi cu greu pentru că vă gîndiţi la problemele cotidiene sau de viitor?		
59.	Fiind elev le-aţi suflat colegilor sau i-aţi lăsat să copieze după D-voastră?		
60.	V-ar displace să treceţi prin cimitir noaptea?		
61.	Vă îngrijiţi în mod deosebit ca acasă la D-voastră fiecare lucru să aibă un loc al lui?		
62.	Vi se întîmplă dimineaţa să vă sculaţi prost dispus şi necăjit, stare care durează cîteva ore?		
63.	Puteţi să vă adaptaţi uşor la situaţiile noi?		
64.	Aveţi uneori dureri de cap, ameţeli?		
65.	Rîdeţi des?		
66.	Faţă de oamenii pentru care nu aveţi consideraţie, vă puteţi purta foarte prietenos, încît ei să nu observe adevărata D-voastră parere despre ei?		
67.	Sunteţi o persoană vioaie, plină de viaţă?		
68.	Suferiţi mult din cauza nedreptăţii?		
69.	Sunteţi un prieten al naturii?		
70.	Aveţi obiceiul ca atunci cînd plecaţi de acasă sau mergeţi la culcare să controlaţi întotdeauna starea unor lucruri (uşa, aragazul, lumina, etc)		
71.	Sunteţi sperios?		
72.	Vi se poate schimba dispoziţia în urma consumării alcoolului?		

73.	Colaboraţi sau aţi colaborat cu plăcere în trecut la cercuri teatrale de amatori?		
74.	Vă este uneori foarte dor de depărtări?		
75.	De obicei priviţi viitorul cu pesimism?		
76.	Vi se poate schimba atît de puternic dispoziţia, încît să aveţi uneori un mare sentiment de bucurie, pentru ca mai apoi să cădeţi într-o stare de amărăciune?		
77.	Vă este uşor să creaţi buna dispoziţie într-o societate, reuniune?		
78.	De obicei, rămîneţi multă vreme supărat?		
79.	Sunteţi foarte puternic impresionat de suferinţa altor oameni?		
80.	În mod obişnuit, în caietele de şcoală scrieaţi încă o pagină, dacă se întîmpla să faceţi o greşeală?		
81.	Se poate spune că, în general, cu oamenii sunteţi mai mult prudent şi bănuitor decît încrezător?		
82.	Aveţi deseori vise cu situaţii de spaimă?		
83.	Sunteţi deseori terorizat de gîndul că, fiind pe peronul unei gări, vă puteţi arunca înaintea trenului împotriva voinţei D-voastră?		
84.	În mod obişnuit, deveniţi vesel într-un loc plăcut?		
85.	În general, vă debărăsaţi uşor de problemele apăsătoare şi nu vă mai gîndiţi la ele?		
86.	Cînd consumaţi alcool deveniţi, de obicei, impulsiv?		
87.	În discuţii sunteţi mai degrabă zgîrcit la vorbă decît vorbăreţ?		
88.	Atunci cînd trebuie să colaboraţi la o reprezentaţie teatrală, aţi putea să vă însuşiţi atît de bine rolul, încît pe scenă să uitaţi complet că sunteţi un altul?		

Anexa 4

Chestionar Spielberg

A	*Acum, în acest moment*	nu	proba	corect	exact
1	-/- sunt calm				
2	-/- nimic nu mă deranjează				
3	-/- sunt încordat				
4	-/- regret ceva				
5	-/- mă simt liber				
6	-/- sunt dezamăgit				
7	-/- mă preocupă insuccesele posibile				
8	-/- mă simt odihnit				
9	-/- sunt neliniştit				
10	-/- simt satisfacţie lăuntrică				
11	-/- sunt încrezut în sine				
12	-/- sunt nervos				
13	-/- nu-mi găsesc locul				
14	-/- mă simt "pe roate"				
15	-/- nu-s încordat, stingherit				
16	-/- sunt mulţumit				
17	-/- sunt îngrijorat				
18	-/- sunt prea excitat şi mă deranjează aceasta				
19	-/- sunt vesel				
20	-/- mă simt bine				

B	*Deobicei, în general*	niciodată	rareori	deseori	permane
21	- simt satisfacție				
22	- repede obosesc				
23	- uşor încep să plîng				
24	- vreau să fiu la fel de fericit ca alții				
25	- deseori pierd din cauza neîncrederii în sine, luării întîrziate a deciziei				
26	- mă simt vioi				
27	- sunt calm, hotărît				
28	- greutățile aşteptate mă îngrijorează				
29	- prea mă emoționez pentru nimic				
30	- sunt fericit				
31	- iau lucrurile la inimă				
32	- nu-mi ajunge încredere în sine				
33	- mă simt în siguranță				
34	- mă strădui să evit situații critice şi problematice				
35	- sunt apatic				
36	- sunt mulțumit				
37	- orice fleac mă deranjează şi-mi sustrage atenția				

Anexa 5

SCALA HOLMES - RAHE

Evenimente	Punctaj
Decesul unuia dintre soţi	100
Pierderea credinţei religioase	95
Divorţ	73
Separarea soţilor	65
Închisoare	65
Pierderea reputaţiei	63
Moartea unui membru al familiei (afară de soţi)	63
Pierderea încrederii în sine	60
Vătămarea fizică sau boală	53
Reîmpăcarea soţilor	50
Pensionare	47
Schimbarea sănătăţii unui membru al familiei	45
Dificultăţi sexuale	43
Creşterea numărului membrilor familiei	43
Modificări în afaceri sau serviciu	40
Schimbarea reşedinţei	37
Schimbare în starea financiară	35
Moartea unui prieten apropiat	35
Schimbarea profesiei	35
Exacerbarea tensiunilor conjugale	33
Pierderea unor împrumuturi sau garanţii	31
Prelucrarea unei răspunderi financiare majore	30
Schimbare în responsabilităţile de serviciu	30
Fiul sau fiica părăseşte căminul	29
Conflicte cu rudele	29
Realizări personale ieşite din comun	28
Schimbare în condiţiile de viaţă	25
Probleme cu şeful	23
Schimbarea orelor de serviciu sau a condiţiilor de lucru	20
Schimbarea deprinderilor religioase	19
Schimbări în programul şi condiţiile de somn	18
Schimbări în activităţile sociale	17
Împrumuturi pentru procurarea automobil, televizor etc.	16
Schimbarea numărului de coabitanţi	15
Modificările deprinderilor alimentare	15
Concediu	15
Crăciun, Anul Nou	12
Mici conflicte cu legea	11

Anexa 6

Chestionar Hamilton

1. Stare de depresie: (tristeţe, disperare, neajutorat, lipsit de valoare)
0=Absentă
1=Aceste sentimente sunt indicate doar la întrebare directă
2=Aceste sentimente se exprimă spontan în mod verbal
3=Comunică sentimentele non-verbal, prin expresia feţei, postură, voce, tendinţa de a plînge
4=Exprimă practic numai aceste sentimente, atît în mod spontan verbal, cît şi non-verbal
2. Sentimente de vinovăţie\ *În ultima săptămână v-aţi invinovăţit de ceva simţînd ca aţi făcut ceva rău sau i-aţi decepţionat pe alţii?*
0= nu
1= auto-reproşuri simţind că aţi decepţionat pe alţii
2= idei de vinovăţie pentru greşelile sau păcatele din trecut
3= boala prezentă este drept pedeapsă
4= voci acuzatorii sau denunţătoare şi/sau halucinaţii visuale ce pun în pericol viaţa
3. Intenţii de suicid *Aţi avut în ultima săptămână vre-un gând că viaţa nu merită să fie trăită ori că mai bine ar fi să muriţi?*
0= nu
1=Senzaţie că nu merită de trăit
2=Dorinţa de a fi mort sau orice gînduri despre o posibilă propria moarte
3=Idei de suicid
4=Încercări de suicid
4. Insomie precoce (de început)\ *Cum aţi dormit în ultima săptămână? Aţi avut vreo problemă să adormiţi?*
0=Nici o dificultate la adormire
1=Dificultate ocazională de adormire mai mult de 30 minute
2=Dificultate permanentă de adormire

5. Insomnie mijlocie *În timpul ultimei săptămâni s-a întâmplat să vă treziţi in timpul nopţii?*
0=Nici o dificultate
1=Sunt probleme de odihnţ, somnul este superficial şi deranjeaza toată noaptea
2=Trezire frecvente în timpul nopţii
6. Insomnie tardivă *Aţi simţit că somnul Dvs a fost neliniştit sau perturbat în unele nopţi? La ce oră vă treziţi dimineaţa în ultimul timp (în ultima săptămână)?*
0=Nici o dificultate
1=Trezire în primele ore ale dimineţii, dar revine la somn
2=Incapabil să se mai culce odată trezit
7. Capacitatea de muncă şi activităţi *Cum v-aţi petrecut timpul când nu aţi fost la lucru?*
0=Nici o dificultate
1=Gînduri şi senzaţii de incapacitate, oboseală sau slăbiciune legate de activităţi de lucru sau hobby-uri
2=Pierderea interesului în activităţile de lucru sau hobby-uri, fie spuse direct sau indirect prin apatie, nesiguranţă, indecizie şi versatilitate (simte că se impune să lucreze sau să îndeplinească ceva.
3=Reducerea timpului petrecut în activităţi şi scăderea productivităţii
4=Refuzul oricărei activităţi din cauza bolii
8. Retard psihomotor (încetinirea vorbirii şi gîndirii; incapacicatea de a se concentra, activitate motorică scazută)
0=Vorbire şi gîndire normală
1=Întîrziere uşoară în convorbire
2=Întîrziere evidentă în convorbire
3=Discuţie dificilă
4=Stupoare completă
9. Agitaţie
0=Absentă
1=Tremură mîinile, stare de nelinişte
2=Mişcări haotice, neexplicabile cu mîinile etc.

3=Mişcare permanentă, nu poate sta locului
4=Scrierea neclară, muşcarea buzelor, tragerea parului, obiceiul de a mînca unghii

10. Anxietate psihologică *În ultima săptămână v-aţi simţit tensionat şi iritabil?*
0=Absentă
1=Tensiune subiectivă şi iritabilitate
2=Stare îngrijorătoare faţă de chestiuni minore
3=Atitudine îngrijorătoare exprimată prin vorbă şi prin expresia feţei
4=Exprimă frica fără a fi întrebat

11. Anxietate somatică (manifestări fiziologice gastro-intestinale – meteorism, dispepsie, diaree; cardiovasculare – cefalee, palpitaţii; transpiraţii, hiperventilaţie, urinări frecvente etc) *În ultima săptămână aţi avut vreunul din aceste simptome fizice?*
0=Absentă
1=Uşoară
2=Medie
3=Severă
4=De incapacitate

12. Simptome gastrointestinale somatice *Cum a fost pofta de mâncare în ultima săptămână?*
0=Absent
1=Pierderea apetitului, dar mănîncă fără încurajarea celor din jur, cantitatea de mincare – normală
2=Mănîncă dificil nefiind încurajat de altcineva; cantitate redusăa de mâncare; sunt necesare medicamente

13. Simtome somatice generale *Aţi avut energie în ultima săptămână? Aţi fost obosit tot timpul?*
0=Absent
1=Greutate în membre, spate sau cap. Dureri de cap, de spate, fatigabilitate
2=Orice simptome acute

14. Simptome genitale *Aţi fost interesat de sex în ultima săptămână?*
0=Absent
1=Minore
2=Severe
15. Hypocondrie *În ultima săptămână v-aţi gândit mai mult la sănătatea Dvs sau la cum funcţioneaza corpul (comparativ cu modul obisnuit)*?
0=Nu e prezentă
1=Autoabsorbţie (corporală)- ocazional
2=Preocupări exagerate de propria sănătate
3=Plîngeri frecvente, cererea ajutorului medical frecvent
4=Iluzii hipocondrice
16. Pierdera greutaţii *Aţi slăbit de când sunteti depresiv?*
0=Nu s-a pierdut din greutate
1=Pierderi de greutate în legătură cu bolile prezente
2=Pierderi semnificative de greutate
3=Imposibil de evaluat
17. Înţelegerea critică a bolii
0=Recunoaşte, fiind depresiv şi bolnav
1=Recunoaşte boala dar motivează că este legat de: mîncare rea, climă, suprasolicitare fizică sau psihică, virus, etc
2=Infirmă fiind bolnav evident
18. Variaţia diurnă *În această ultimă săptămână v-aţi simţit mai bine sau mai rău dimineaţa sau seara?*
A: Notează cînd simptomele devin mai exprimate - dimineaţa sau seara. Dacă nu este nici o variaţie diurnă, înseamnă "0"
0=Nici o variatie
1=Mai rău dimineaţa
2=Mai rău seara
B: Dacă este prezent, subliniază severitatea variaţiei. Înseamnă "0" dacă nu este nici o variaţie
0=Absent

1=Minoră
2=Severă

19. Depersonalizarea şi derealizare (ca simţul irealităţii) *În ultima săptămână aţi simţit vreodată brusc că totul devine ireal sau ca în vis sau străin?*

0= nu 1=Minor
2=Moderat 3=Sever 4=Incapacitate

20. Simtome paranoidale *În săptămâna trecută aţi simţit că toţi vor să vă rănească sau să vă facă rău?*

0= nu 1= suspiciuni frecvente
2= idei de referinţă 3= iluzii de referinţă sau persecuţie

21. Simptome compulsive şi obsesionale *În ultima săptămână au existat lucruri pe care a trebuit să le faceţi mereu, precum să verificaţi dacă aţi închis uşa de mai multe ori?*

0= nu 1= rareori 2= deseori

Anexa 7

Chestionar "Profesorii"

1. Vârsta (ani) - ______

2. Apartenenţa la gen : ☐ M
☐ F

3. Starea familiară : ☐ celibatar,-ă ☐ divorţat,-ă
☐ căsătorit,-ă ☐ văduv,-ă

4. Înregistraţi tipul de localitate în care derulaţi cea mai mare parte a activităţii profesionale: ☐ municipiu
☐ mediu urban
☐ mediu rural

5. Vechimea de muncă în învăţămînt (ani) - ______

6. Care credeţi că ar trebui să fie principala funcţie a şcolii:
☐ De formare profesională ☐ De formare a cetăţenilor
☐ De transmitere de cunoştinţe ☐ De socializare a elevilor
☐ Altele...

7. Cum reacţionaţi când un elev vă corectează la o greşeală atunci când predaţi?
☐ Vă supăraţi
☐ Îi atrageţi atenţia că e obraznic
☐ Nu-i acordaţi atenţie
☐ Îl felicitaţi pentru spiritul de observaţie
☐ Vă corectaţi fără să daţi nicio explicaţie
☐ Alta variantă...

8. Care este modalitatea cea mai utilizată de dumneavoastră în predare:
☐Dictaţi lecţia
☐Faceţi schema lecţiei pe tablă
☐Implicaţi activ elevii în activitate didactică
☐Realizaţi activităţi pe grupe
☐Daţi sarcini individuale elevilor
☐Implicaţi toţi elevii în desfăşurarea lecţiei

9. Temele majore de discuţie cu colegii de cancelarie sunt:
□ politică □ probleme de comunicare cu elevii
□ viaţă de familie □ modalităţi de lucru cu elevii
□ probleme conflictuale la nivelul clasei □ modalităţi de evaluare
□ altele...
10. Ce fel de relaţii există între d-voastră şi colegii de cancelarie?
□ de respect □ de prietenie
□ de invidie □ de colaborare
□ de întrajutorare reciprocă □ conflictuale
□ suspiciune □ vinovăţie
□ altele...
11. Într-un conflict în clasa de elevi cum gestionaţi situaţia?
□ îl lăsaţi să se stingă de la sine
□ informaţi directorul şi-l lasaţi pe el să se ocupe
□ întrerupeţi conflictul şi aplicaţi sancţiuni
□ discutaţi cu toată clasa pe marginea conflictului
□ discutaţi cu elevii implicaţi şi înceraţi să rezolvaţi împreună cu ei situaţia
□ solicitaţi ajutor din partea psihologului şcolar
12.Aţi căpătat în timpul activităţii profesionale careva deprinderi dăunătoare ?
□ fumatul
□ consum de alcool
□ abuz de medicamente
□ hipodinamia
□ alimentare neraţională
13. Sunteţi predispus eriditar faţă de unele boli? Da □ Nu □
(precizaţi): ____________________
14. Suferiţi de vre-o maladie cronică? Dacă da, indicaţi:
□ Hipertensiune arterială □ Boli sistemului degestiv
□ Diabet zaharat □ Boli de piele
□ Boli bronhopulmonare □ Boli nefrourinare

☐alte____

15. Aţi constatat agravarea stării de sănatate în legătură cu activitatea profesională a D-voastră ?

Da ☐ Nu ☐

16. Aveţi dereglări de somn ?

- adeseą ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

17. Care dereglări de somn predomină?

☐ adormire dificilă ☐oboseală dimineaţa
☐ treziri frecvente ☐visuri, coşmar

18. Vă simţiţi izolat, singur, chiar şi printre prieteni?

Da ☐ Nu ☐

19. Vi se întâmplă să fiţi deranjat (jenat) de o stare de nervozitate, iritabilitate sau tensiune:

- adesea ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

20. Vi se întâmplă destul de des să fiţi cuprins de o senzatie de oboseala generala?

Da ☐ Nu ☐

21. Consideraţi că activitatea profesională a D-voastră influenţează sănătatea membrilor familiei, celor apropiaţi ?

Da ☐ Nu ☐

22. Cum apreciaţi pe o scară de la 1 la 5(1-nesatisfăcător ; 5-excelent) funcţionărea actuală a sistemului sanitar în RM ?

1- ☐ 2-☐ 3-☐ 4-☐ 5-☐

23. Ce propuneri aveti pentru ca serviciile medicale să corespundă dorinţelor şi cerinţelor D-voastră ?

a)____

b)____

24. Care sunt proplemele predominante după părerea D-voastră:

☐ legate de sănătate ☐familiare

☐ materiale ☐ cariera profesional

25. Suportati o suprasarcină profesională frecventă sau permanentă?

☐ deloc ☐ deseori

☐ uneori ☐ permanent

26. Sînteti dominat de sentimentul urgenței şi/sau există o ambianță puternic competitivă la locul D-voastra de muncă?

☐ deloc ☐ deseori

☐ uneori ☐ permanent

27. Sunteți optimist în privința carierei D-voastră?

☐ da ☐ oarecum ☐ nu

Anexa 8


Republica Moldova
Ministerul Sănătăţii

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4595

Pentru inovaţia cu titlul

Metoda de tratament a nevrozelor la judecători.

Inovaţia a fost înregistrată pe data de 29.01.2008
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemiţanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

MEREUŢĂ ION, ROTARU GHENADIE, CARAUŞ VADIM.

Data eliberării 28.02.2008

(Semnătura autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătăţii

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4596

Pentru inovaţia cu titlul

Managementul tratamentului disomniilor la judecători.

Inovaţia a fost înregistrată pe data de 29.01.2008
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemiţanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

MEREUŢĂ ION
TINTIUC DUMITRU
ROTARU GHENADIE



Data eliberării 28.02.2008

(Semnătura autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătăţii

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4597

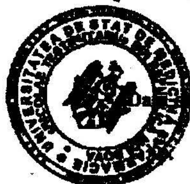
Pentru inovaţia cu titlul

Aspecte manageriale în tratamentul stresului psihoemoţional profesional la judecători.

Inovaţia a fost înregistrată pe data de 29.01.2008
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemiţanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

MEREUŢĂ ION
ROTARU GHENADIE
MUNTEANU LIUBA



Data eliberării 28.02.2008

(Semnătura autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătăţii

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4595

Pentru inovaţia cu titlul

Metoda de tratament a nevrozelor la judecători.

Inovaţia a fost înregistrată pe data de 29.01.2008
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemiţanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

MEREUŢĂ ION, ROTARU GHENADIE, CARAUŞ VADIM.



Data eliberării 28.02.2008

(Semnătura autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătăţii

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4595

Pentru inovaţia cu titlul

Metoda de tratament a nevrozelor la judecători.

Inovaţia a fost înregistrată pe data de 29.01.2008
la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemiţanu"

Se recunoaşte calitatea de autor(i)

MEREUŢĂ ION, ROTARU GHENADIE, CARAUŞ VADIM.



Data eliberării 28.02.2008

(Semnătura autorizată)



Ion MEREUȚĂ
Nicolae BUCUN
Ghenadie ROTARU



Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova



Design:
Leo Axinte

Tipar:
FEPI "INFOHANDI" SRL